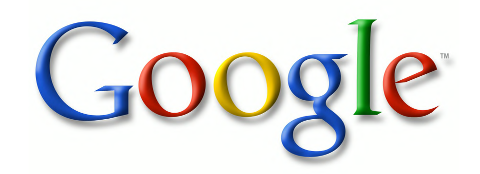
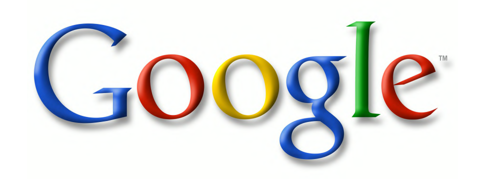
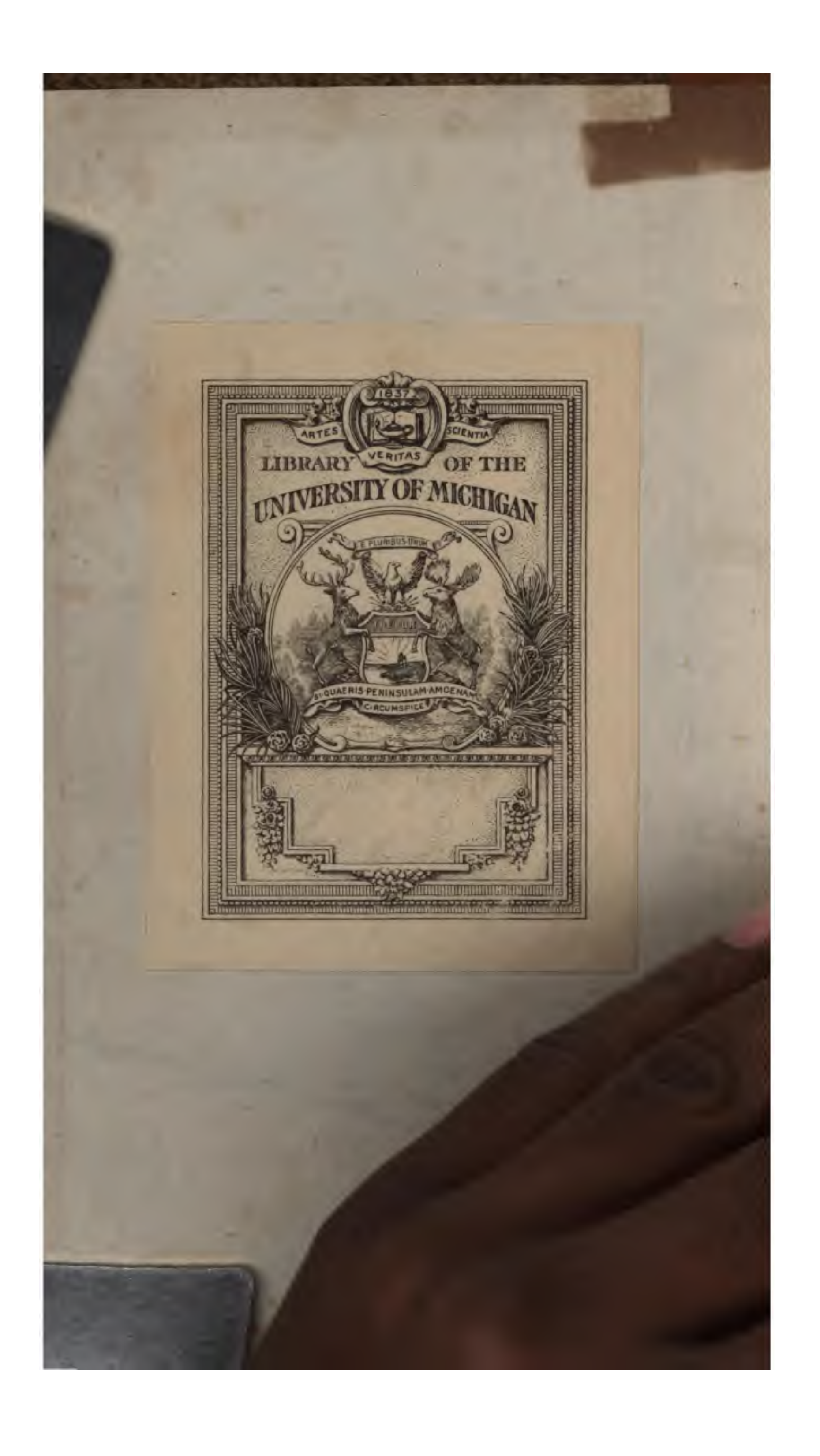





A 3 9015 00385 981 9
University of Michigan – BUHR



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE


610.5
Ab71
G3

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE MÉDECINE.

ARCHIVES GÉNÉRALES
DE MÉDECINE,
JOURNAL COMPLÉMENTAIRE
DES SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

COMPOSÉE DE PROFESSEURS DE LA FACULTÉ, DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HÔPITAUX.

IIe SÉRIE. — TOME VIII.

A PARIS,

CHEZ
BÉCHET jeune, Libraire de la Faculté de Médecine, place de l'École de Médecine, n° 4;
MIGNERET, Imprimeur-Libraire, rue du Dragon, n° 20.
PANCKOUCKE, Imp.-Libraire, rue des Poitevins, N.° 14.

1835.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

MAI 1835.

Observations relatives à divers procédés opératoires employés contre les tumeurs érectiles ; par F. Lallemand, *professeur à la Faculté de Montpellier.*

Obs. I.re — *Tumeur érectile des gencives et de la mâchoire inférieure ; enlèvement du fongus et d'un segment osseux d'environ deux pouces de longueur ; conservation du bord inférieur du maxillaire.* — Beloux, Etienne, âgé de 9 ans, fort pour son âge et bien constitué, entra le 17 janvier 1833 à l'hôpital Saint-Eloi, pour une tumeur fongueuse développée dans la gencive de la mâchoire inférieure, depuis la dernière incisive droite jusqu'à la première grosse molaire gauche, avec perte de la petite molaire gauche, de la canine et des deux incisives du même côté. Cette tumeur, de deux pouces de long sur un pouce de hauteur et autant d'épaisseur, était indolente, d'un rouge violet, mamelonnée à sa surface, d'une consistance molle et comme fluctuante. La pression la plus légère l'affaissait et la faisait pâlir, mais elle reprenait aussitôt son volume et sa couleur. La portion de la lèvre inférieure qui correspondait à la partie moyenne de la tumeur, était d'un rouge violacé et parcourue par des vaisseaux très-développés et comme variqueux : cet état de la lèvre semblait le

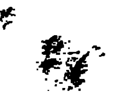
commencement d'une altération semblable à celle de la gencive correspondante.

Dans l'espace de deux ans on avait essayé trois fois de détruire cette affection par l'excision et la cautérisation ; chaque fois elle avait repullulé avec plus d'activité : depuis quelques mois elle avait même fait des progrès rapides.

L'insuccès de ces opérations tentées avec timidité prouvait seulement la nécessité d'enlever la totalité du mal, si l'on voulait mettre le malade à l'abri de nouvelles récidives. Je pensai d'abord à pratiquer la résection de la partie de la mâchoire inférieure qui servait de base à ce fungus : mais une perte de substance d'environ deux pouces pratiquée sur un des côtés de la mâchoire eût entraîné une grande difformité et une gêne irréparable dans la mastication. Le bord inférieur de l'os paraissait parfaitement sain ; je pensai qu'il suffirait d'en laisser seulement deux ou trois lignes pour conserver à la face sa régularité et à la mâchoire ses fonctions.

Mais on devait s'attendre à un écoulement de sang abondant : il fallait enlever ou détruire tout ce qui était malade et conserver tout ce qui était sain ; il était donc indispensable de commencer par mettre largement à découvert toutes les parties sur lesquelles devait porter l'opération, afin qu'elle pût s'exécuter convenablement. C'est d'après ces idées que, le 25 janvier, je procédai de la manière suivante :

La face étant exposée à une vive lumière, je divisai la lèvre inférieure par une incision qui commençait à un demi-pouce de la commissure gauche, et s'étendait jusqu'au-dessous de la mâchoire. Je pratiquai ensuite une autre incision perpendiculairement à la première, près du bord inférieur de l'os maxillaire. Les deux lambeaux supérieurs de cette plaie cruciale furent disséqués et maintenus écartés par des aides qui comprimaient les artères labiales. Les deux dents les plus voisines de la tumeur furent arra-



chées, parce que leurs gencives participaient à la maladie. La tumeur fut enlevée au niveau de l'os, ainsi que tout ce qui parut fongueux. J'appliquai ensuite plusieurs couronnes de trépan sur les deux tiers supérieurs de la surface maxillaire, dans l'intention d'enlever le bord alvéolaire et les portions voisines qui étaient fort injectées, mais chaque fois je rencontrai une résistance inattendue : après quelques tours de trépan, la couronne ne mordait plus ; elle semblait glisser sur de l'acier et se trouvait bientôt émoussée. Me rappelant alors l'âge du malade, je pensai que cet obstacle inattendu venait des dents de remplacement qui étaient encore ensevelies dans l'épaisseur de l'os. J'achevai donc avec le trépan perforatif ou exfoliatif ce qu'avait commencé la couronne de trépan, et je rencontrai en effet la canine et les deux petites molaires que je mis à découvert dans l'étendue de trois à quatre lignes, sans atteindre le bulbe. Les pointes osseuses et les inégalités de la surface malade furent enlevées à l'aide de la gouge et du maillet. J'excisai avec des ciseaux courbes les portions de membrane muqueuse qui étaient très-injectées et comme variqueuses, et je finis par promener un cautère rougi à blanc sur les portions d'os ou de gencives qui me parurent suspectes.

Les deux lambeaux supérieurs de la lèvre furent réunis l'un à l'autre par trois aiguilles et une suture entortillée, comme dans le bec-de-lièvre ; deux points de suture ordinaire suffirent pour les fixer aux lambeaux inférieurs. Des bandelettes agglutinatives et le chevestre double ont assuré l'immobilité des parties.

Le 30, la réunion était complète. Quelques jours après on ne voyait déjà plus de traces des incisions. Le 10, on fit l'extraction d'une lame osseuse courbée en demi-cercle, longue d'un pouce et demi, large de trois lignes, et épaisse d'un quart de ligne. Deux jours après l'issue de ce séquestre, dû probablement à l'action du cautère, la bouche ne présenta plus aucune mauvaise odeur, et la cicatrisation ne tarda pas à s'achever à l'intérieur.

Le malade resta encore un mois à l'hôpital pour être observé, et rien ne reparut. Les dents naissantes qui avaient été laissées dans l'épaisseur de l'os continuèrent à pousser, et l'on voyait sur la canine l'empreinte de la couronne de trépan. La face était parfaitement régulière, et la mastication s'opérait sans la moindre gêne.

D'après les résultats qui ont été obtenus, il est facile de juger de quelle importance il a été de conserver le bord inférieur de l'os maxillaire. Je crois que ce procédé pourrait être employé avec avantage contre les affections cancéreuses encore bornées aux gencives ou aux alvéoles. L'enlèvement d'une portion plus ou moins étendue de l'arc osseux de la mâchoire inférieure est sans doute une importante innovation de la chirurgie moderne; mais l'ablation d'un segment de l'os à l'aide du trépan, en conservant la plus mince portion du bord inférieur, permettrait, dans bien des cas, d'arriver au même résultat avec moins de danger et presque sans difformité.

Je dois faire remarquer ici la promptitude avec laquelle s'est opérée la réunion des deux lambeaux de la lèvre inférieure, quoique l'incision eût porté sur des parties qui avaient déjà éprouvé un commencement de transformation en tissu érectile, par extension de la maladie des gencives. Cette circonstance n'a pas été sans influence sur le procédé opératoire que j'ai mis en usage dans le cas suivant.

Obs. II.e — *Tumeur érectile occupant la lèvre supérieure et l'ouverture des fosses nasales. Incisions pratiquées dans l'intérieur du tissu malade; réunion immédiate à l'aide de la suture entortillée; transformation des parties opérées en tissu fibro-cartilagineux.* — Georges Fischer, enfant de troupe, appartenant au 47.e de ligne, issu de parens éminemment sanguins, avait, en naissant, une tache rouge du volume d'une grosse lentille, sur la partie moyenne de la lèvre supérieure. A mesure qu'il grandit, la tache s'étendit et envahit successivement la

cloison des fosses nasales et même l'intérieur des narines.

Le 5 décembre 1832, Fischer entra à l'hôpital Saint-Eloi, âgé de 5 ans et demi. Il avait la peau blanche et fine, les joues colorées, les cheveux blonds, les yeux vifs et pleins d'expression. Sa lèvre supérieure était rouge, épaisse, saillante, et recouvrait l'inférieure d'environ un pouce. Le gonflement et la rougeur se terminaient insensiblement vers les commissures, et s'étendaient en haut à la cloison des fosses nasales, au pourtour de leur ouverture, et même à la membrane muqueuse. Toutes ces parties étaient souples, élastiques, pâlissaient sous la plus légère pression, et reprenaient aussi promptement leur couleur. La colère, l'excitation, les cris, etc., augmentaient rapidement la turgescence. Du reste, toutes les fonctions s'exécutaient parfaitement.

Il était inutile de penser à employer la compression; l'ablation eut laissé une difformité des plus hideuses, et n'aurait pu atteindre l'intérieur des fosses nasales; la ligature des artères n'a, je crois, jamais réussi. Il était impossible d'ailleurs de les lier toutes. Cependant cet enfant, plein d'intelligence, m'inspirait le plus vif intérêt. Je ne pouvais me décider à le défigurer d'une manière horrible ni à l'abandonner sans rien tenter.

Après avoir long-temps médité sur ce sujet, j'arrivai aux conclusions suivantes : les tissus érectiles accidentels ne sont des altérations morbides que par rapport au siége qu'ils occupent, car ils ressemblent par leur organisation à ceux qu'on rencontre à l'état normal dans l'économie : ils jouissent des mêmes propriétés, ils doivent donc se comporter de même dans des circonstances analogues. D'un autre côté, les lésions des tissus érectiles ordinaires sont susceptibles de guérison au moyen d'une cicatrice; celle-ci nuit même beaucoup aux fonctions de l'organe : c'est ce qu'on voit bien clairement à la suite des plaies ou des déchirures des corps caverneux ou du tissu spongieux de l'urètre : la

verge, pendant l'érection, se courbe du côté qui a été lésé, parce que l'inflammation a laissé dans la partie affectée un tissu plus dur que celui qui existait auparavant; ou, en d'autres termes, parce que le tissu érectile a été remplacé par un tissu fibreux.

Pourquoi les tissus érectiles accidentels ne seraient-ils pas susceptibles de s'enflammer, de se réunir aussi, d'éprouver enfin les mêmes changemens ?

Chez le petit Fischer, le tissu érectile de la lèvre était parfaitement souple et élastique; il ressemblait, sous ce rapport, au corps caverneux le plus sain. Je devais donc espérer qu'après l'avoir divisé, j'arrêterais facilement l'hémorrhagie en maintenant les surfaces exactement affrontées; que j'en obtiendrais la réunion comme après l'opération du bec-de-lièvre ordinaire. En cloisonnant ainsi le tissu érectile par plusieurs cicatrices, je devais interrompre la communication entre les vaisseaux, etc.

J'avais l'intime conviction que mes raisonnemens étaient justes, et j'étais encouragé par la facilité avec laquelle j'avais obtenu dans le cas précédent la réunion de la lèvre inférieure déjà malade. Mais lorsqu'il s'agit d'entrer dans une voie nouvelle et d'appliquer des théories qui peuvent donner la mort, il est bien permis d'hésiter. Enfin au bout de vingt jours, je m'aperçus qu'il ne m'était plus possible de tarder à prendre un parti, car la maladie s'était accrue d'un sixième dans ce court espace de temps.

Le 24 décembre, j'excisai de la partie moyenne du fongus un lambeau de huit à dix lignes de largeur à sa base, au moyen de deux coups de ciseaux convergens vers la cloison. Le sang jaillit avec impétuosité par une multitude de vaisseaux, et les lambeaux, s'affaissant aussitôt, reprirent momentanément le volume et presque la couleur ordinaire de la lèvre. Ils furent à l'instant saisis entre les doigts de plusieurs aides, et cette hémorrhagie qui avait été prévue ne dura qu'un instant. Je réunis rapidement ces

deux lambeaux par quatre aiguilles implantées loin de la plaie et l'embrassant dans toute son épaisseur. Après l'application de chaque aiguille, un fil ciré rapprocha les lèvres de la plaie, et tout écoulement de sang s'arrêta dans les surfaces divisées à mesure qu'elles étaient affrontées : de nombreuses circonvolutions couvrirent ensuite l'espace qui séparait les aiguilles.

Les jours suivans, une turgescence violacée et douloureuse s'empara des parties voisines de la plaie ; il survint de la fièvre et de la céphalalgie, mais il ne s'écoula pas une goutte de sang par les parties divisées.

Le 3.e jour, un épistaxis abondant calma l'intensité de l'inflammation, fit cesser la fièvre, et dispensa d'une saignée. (Deux bouillons).

Le 4.e jour, je retirai les deux aiguilles supérieures, et laissai en place les fils qui les entouraient.

Le 5.e jour, j'enlevai les deux autres aiguilles ; un léger suintement mêlé de sang et de pus s'opéra par les trous des piqûres, et continua pendant quelque temps.

Le 8.e jour, le gonflement de la lèvre et du nez diminua sensiblement. Deux onces d'huile de ricin furent administrées pour faire cesser une constipation opiniâtre.

Le 25.e jour, les fils se détachèrent et laissèrent à nu une cicatrice solide, enfoncée, qui retirait de cinq à six lignes le bord libre de la lèvre vers la cloison des fosses nasales.

Ayant obtenu de cette première opération le résultat que j'en attendais, le 19 avril je divisai la lèvre supérieure par une incision qui, partant de l'espace compris entre la cicatrice et la commissure droite, se dirigeait vers l'aile droite du nez. Le sang jaillit avec impétuosité du lambeau externe, et ne fit que suinter en petite quantité par l'autre surface. Cette différence, qui fut remarquée par tous les assistans, ne put être attribuée qu'à l'obstacle apporté à la ciaculation par la cicatrice médiane résultant de la première

opération. L'application des aiguilles donna lieu à une autre remarque non moins concluante : elles pénétrèrent avec la plus grande facilité dans le lambeau externe, mais elles rencontrèrent une grande résistance dans les parties voisines de la cicatrice.

Un instant après, je pratiquai une opération semblable sur la moitié gauche de la lèvre, et elle donna lieu à des phénomènes exactement semblables.

Les résultats de ces deux opérations furent les mêmes que ceux de la première; seulement une suppuration plus abondante et plus prolongée s'est établie sur le trajet parcouru par les aiguilles, et les cris poussés par le malade pendant un pansement ont déterminé une légère déchirure à l'extrémité de l'une des cicatrices; mais le suintement de sang qui en est résulté fut arrêté par la seule application du nitrate d'argent. Peu-à-peu le gonflement inflammatoire se dissipa, les tissus passèrent de la couleur violacée au rouge, au rose, et les cicatrices des incisions, ainsi que celles qui s'organisèrent sur le trajet des aiguilles, prirent la couleur blanchâtre du tissu fibreux : elles diminuèrent aussi d'étendue et entraînèrent dans leur rétraction les parties voisines.

Ces changemens s'opérèrent lentement, mais ils continuèrent encore plusieurs mois après l'opération. La lèvre supérieure reprit presque son volume ordinaire, et cessa de dépasser l'inférieure : toutes les parties sur lesquelles avait porté l'opération furent converties en une espèce de fibro-cartilage.

Cependant la cloison des fosses nasales restait tuméfiée, ainsi que la membrane muqueuse voisine, et cela devait être, puisque ces parties n'avaient pu être comprises dans les opérations précédentes.

D'après l'effet produit par les aiguilles sur les parties qu'elles avaient traversées, j'imaginai d'en passer plusieurs à travers la cloison pour y provoquer une inflammation et par suite le développement d'autant de cicatrices.

L'exécution de cette opération, fort simple d'ailleurs, présenta cependant une circonstance bien remarquable : les premières aiguilles traversèrent facilement le cartilage des fosses nasales, mais celles que je voulus placer au-dessous furent arrêtées par la cicatrice, et quand je les retirai je trouvai leur pointe courbée comme un hameçon. J'essayai aussi inutilement d'en faire pénétrer d'autres par le côté opposé ; elles se tordirent de même. Ainsi la cicatrice médiane, provoquée par la première opération, était plus dure que la cloison des fosses nasales, ce qui justifiait pleinement la théorie qui avait servi de base au traitement.

Quinze jours après l'application de ces aiguilles on sentait dans le trajet qu'elles avaient parcouru un noyau lenticulaire, comme cartilagineux. J'en appliquai d'autres dans l'intervalle ; elles produisirent le même changement. Il eut été sans doute plus étendu, si l'inflammation eût été plus intense ; mais l'extrême indocilité du malade m'a chaque fois forcé de retirer les aiguilles au bout de deux ou trois jours.

Je crois cet enfant à l'abri de toute récidive dans les parties qui ont pu être atteintes par les moyens opératoires. Si la maladie se propageait dans l'intérieur des fosses nasales, ce ne serait pas la faute du procédé, et si elle repullulait dans quelque point de la lèvre qui eût échappé à l'influence de l'inflammation, il serait facile d'en arrêter les progrès par l'emploi des mêmes moyens.

Je regrette de n'avoir pas fait faire le portrait de cet enfant avant le traitement. Mais on pourrait juger par celui qui a été fait après la guérison, combien les résultats que j'ai obtenus diffèrent de ceux qui auraient suivi l'ablation de la maladie, en supposant que tout eût pu être enlevé.

Ce fait remarquable me confirma dans mes prévisions, puisque j'avais obtenu la réunion immédiate d'incisions pratiquées sur un tissu érectile accidentel, puisque les cicatrices qui en résultèrent formèrent une cloison fibro-

cartilagineuse propre à intercepter la communication du réseau vasculaire dont était composé le tissu malade. Mais en examinant avec attention l'effet des aiguilles que j'avais d'abord employées comme moyen de réunion, je restai convaincu qu'elles avaient contribué à la guérison autant que les incisions, par l'inflammation qu'elles avaient déterminée dans les parties voisines.

OBS. III. — *Tumeur érectile à la joue gauche, d'environ deux pouces de long sur un pouce et demi de large et cinq lignes de saillie, incisée dans toute son épaisseur et suivant sa longueur : réunion par la suture entortillée, etc. Transformation de tout le tissu érectile en un tissu fibreux, blanc, mince, semblable à la cicatrice d'une brûlure superficielle.* — Amédée (Jean), premier né d'époux jeunes et bien portans, vint au monde très-fort, après un travail pénible et prolongé. On remarque en le nettoyant une tâche rougeâtre vers le milieu de la joue gauche, d'environ trois lignes de diamètre, à peine saillante : elle fut attribuée à la pression d'un des doigts de la sage-femme pendant l'accouchement. Mais au lieu de disparaître, cette tâche s'étendit peu à peu et devint plus rouge et plus saillante ; sa surface prit l'aspect d'une framboise ; elle se gonflait et devenait violacée, dès que l'enfant criait. Son accroissement fut si rapide, que, quand je vis cet enfant, trois mois et demi après sa naissance, la tumeur faisait une saillie de quatre à cinq lignes et avait environ deux pouces dans sa plus grande longueur, sur un pouce et demi de large.

Il me répugnait de soumettre un enfant si jeune à une opération sérieuse. Cependant la rapide extension de ce tissu érectile ne permettait pas d'attendre long-temps, et l'on ne pouvait songer à tenter la compression dans des circonstances si défavorables. Il eût été possible, à la rigueur, d'enlever toute la maladie, mais il était difficile de prévoir jusqu'à quel point cet enfant eût pu supporter une

pareille opération, et l'on ne pouvait douter de la difformité qui en serait résultée. Je me déterminai donc à mettre en usage le procédé que j'avais employé chez Fischer.

Au commencement de juillet 1834, j'incisai la tumeur dans toute son épaisseur et dans le sens de sa plus grande longueur. Je réunis aussitôt les deux lèvres de la plaie par quatre aiguilles soutenues de nombreuses circonvolutions de fils cirés.

Le lendemain et les jours suivans, les portions de la tumeur qui n'étaient pas couvertes par les fils se tuméfièrent considérablement et prirent une couleur violacée de plus en plus foncée; la surface devint tendue et luisante. Le tout offrait un aspect désagréable et même inquiétant pour ceux qui n'avaient encore rien vu de semblable.

Le cinquième jour, je retirai les aiguilles. Il s'écoula quelques gouttes de sang mêlé de pus. Ce suintement continua les jours suivans par les trous des aiguilles, et forma avec les fils une croute dont le volume et la dureté augmentèrent de plus en plus. Au bout d'environ quinze jours, cette croute se détacha et laissa à nu une cicatrice interrompue par les trous des aiguilles, qui continuèrent à suppurer pendant long-temps.

Les petites plaies furent souvent cautérisées avec le nitrate d'argent, et peu à peu l'aspect de cette surface changea de caractère : les parties qui n'avaient pas été incisées ou traversées par les aiguilles s'affaissèrent, prirent une couleur moins foncée, puis rosée. A mesure que la cicatrisation de ces petits foyers de suppuration fit des progrès, les parties voisines s'étendirent et se décolorèrent de plus en plus. Enfin, toutes ces cicatrices se durcirent avec le temps et ne présentèrent plus qu'une surface pâle, unie et luisante, comme celles des cicatrices régulières et minces qui succèdent à une brûlure superficielle de la peau.

Au bout de cinq mois, il ne restait plus de cette tumeur érectile que quelques points rouges, disséminés à la cir-

conférence, trop éloignés du foyer de l'inflammation pour avoir pu en éprouver les effets. Ils continuaient à pâlir et à s'affaisser, et peut-être auraient-ils fini par disparaître : mais les parens étaient impatiens de voir s'effectuer ces dernières traces de difformité. Je traversai donc ces restes épars du tissu érectile par de très-petites épingles, et l'inflammation causée par leur présence suffit pour déterminer la transformation en tissu fibreux. Maintenant, la cicatrice est partout mince, pâle et tendue comme celle qu'aurait laissée une brûlure superficielle.

Il était impossible d'espérer une guérison plus complète et plus exempte de difformités. Cependant, je dois avouer qu'elle s'est opérée d'une manière un peu différente de celle que je m'étais proposée.

En commençant ce traitement j'avais l'intention de cloisonner la tumeur par des cicatrices propres à interrompre les communications vasculaires multipliées du tissu érectile afin d'en amener l'affaissement ; mais l'application de quatre points de suture très-rapprochés me dispensa de pratiquer de nouvelles incisions et produisit des résultats analogues et même plus avantageux.

En effet, je ne pensais d'abord qu'à séquestrer la tumeur en plusieurs compartimens par des cloisons fibreuses, mais la circulation aurait pu être entretenue avec activité dans chaque cellule par des vaisseaux venant directement du fond ; au lieu que l'inflammation aiguë, provoquée par la présence des aiguilles, s'étendit loin du trajet qu'elles avaient parcouru et amena la transformation de presque tout le tissu érectile en tissu fibreux ; et ce qui avait échappé à cette influence, ayant été attaqué de la même manière, subit le même sort.

Obs. IV.e — *Tumeur érectile de trois pouces de long sur deux de large et trois lignes d'épaisseur, vers l'omoplate gauche, traversée successivement par* 120 *épingles. Guérison après deux mois et demi.* — Dolores, de Villa

Palma, d'une constitution très-délicate, apporta en naissant une tâche rouge, d'environ un pouce de diamètre, située vers le milieu de l'omoplate gauche. On remarqua que cette tache s'étendait rapidement en surface et faisait plus de saillie. Au bout de trois mois elle avait environ trois pouces de long sur deux de large et dépassait le niveau de la peau de plus de trois lignes. Sa surface était mamelonnée comme celle d'une framboise et de même couleur. Quand je fus consulté, on avait inutilement essayé de retenir et de comprimer la tumeur entre deux tiges d'acier rembourrées et rapprochées par deux vis de rappel. La compression perpendiculaire aurait empêché la respiration. Il était urgent d'arrêter les rapides progrès d'une maladie qui, en trois mois, avait presque triplé d'étendue : mais l'enfant était chétif et la tumeur si étendue, que je renonçai à l'inciser dans la crainte de donner lieu à une perte de sang trop considérable.

D'après les effets que j'avais observés, dans les cas précédens, de la présence des aiguilles dans l'épaisseur des tissus érectiles, je pensai que je pourrais arriver au même résultat en traversant la tumeur par des épingles assez rapprochées pour déterminer l'inflammation de tout le tissu érectile et par suite son induration. Cependant, la petite malade était non seulement chétive, mais encore très-irritable : elle ne jouissait que d'un sommeil léger et très-agité : son père était tourmenté par des contractions involontaires des muscles de la face, du col et des bras ; il fallait donc être aussi avare de douleurs que de pertes sanguines. Je me décidai, en conséquence, à n'attaquer que successivement les différens points de cette large tumeur en commençant par la circonférence.

Mais ce traitement devait être long, il était indispensable de protéger pendant sa durée la partie malade. Pour remplir cette indication, je fis fabriquer un corset de toile qui embrassait exactement la poitrine et les épaules : une ou-

verture de quatre pouces fut ménagée vis-à-vis la tumeur : un bourrelet circulaire de la même dimension et d'un pouce d'épaisseur, s'y adaptant à l'aide de cordons, pouvait être détaché pour chaque opération et préserver ensuite les parties malades de tout contact.

Au commencement de décembre 1834, j'appliquai sur l'extrémité inférieure de la tumeur une douzaine d'épingles fines, et je couvris l'espace qui les séparait par des circonvolutions nombreuses de fil ciré. L'enfant cria peu et s'appaisa promptement. Trois jours après, je fis une application semblable à l'extrémité opposée de la tumeur. J'attaquai successivement de la même manière toute la circonférence de la tumeur, laissant les épingles en place, jusqu'à ce qu'elles aient produit une inflammation suffisante, c'est-à-dire, 7 à 8 jours et même plus.

Au bout de quarante jours, toute la circonférence étant affaissée ou en suppuration, je me proposais d'agir de la même manière sur le centre, lorsque je m'aperçus qu'il était violacé, tuméfié, très-chaud ; la santé de l'enfant s'était un peu dérangée ; en conséquence, je suspendis tout traitement pendant quelques jours. Mais, à mon grand étonnement, je vis peu à peu les parties qui avaient été cernées par les applications précédentes suppurer ou s'affaisser et se décolorer; en sorte qu'au bout de quinze jours le tissu érectile de cette partie centrale se trouva complètement transformé en une cicatrice plate et unie d'environ deux pouces d'étendue.

Toute opération devint dès lors inutile sur cette partie, mais je dus revenir sur plusieurs points de la circonférence qui avaient échappé aux inflammations déterminées dans le voisinage.

Enfin, après deux mois et demi de traitement, la tumeur était partout affaissée : les 9/10 de son étendue se trouvaient remplacés par une cicatrice unie et luisante qui devenait de jour en jour plus pâle. Les dernières parties traversées par les épingles conservaient seules quelque saillie

et de la rougeur, mais elles s'affaissaient et prenaient de la consistance à mesure qu'un tissu fibreux s'organisait sur le trajet parcouru par les épingles.

Vers le milieu de mars, la famille Villa Palma, voyant qu'il n'y avait plus rien à faire pour la malade, quitta Montpellier. J'aurais voulu pouvoir l'observer plus longtemps, mais d'après ce qui s'est passé dans les cas précédens, je suis convaincu qu'avec le temps, les tissus nouveaux achèveront de se décolorer complètement et prendront de jour en jour plus de consistance.

Ainsi, ce traitement a duré deux mois et demi. Cent vingt épingles au moins ont été appliquées, et cependant il ne s'est pas écoulé en tout une cuillerée de sang; et la petite malade, dont la santé était si délicate, n'a été indisposée que deux ou trois jours et encore fort légèrement.

Il est remarquable aussi que la partie centrale de la tumeur, qui n'avait été traversée par aucune épingle, a participé à l'inflammation des parties voisines et subi la même transformation.

J'ai rapporté dans l'ordre de leur succession les faits qui m'ont conduit à réfléchir sur la nature et le traitement des tissus érectiles accidentels, afin qu'on pût juger par quelles transitions j'étais arrivé à la théorie la plus simple et la plus sûre de la guérison des maladies que constituent ces tissus. Dans le premier fait qui s'est présenté à moi, j'ai remarqué que des tissus déjà envahis par l'extension d'une tumeur fougueuse s'étaient réunis sans la moindre difficulté.

Dans le second cas, l'ablation était impossible; j'ai été conduit à penser que la division d'une tumeur érectile pouvait être suivie d'une réunion immédiate, aussi bien que celle des tissus de même nature qui existent à l'état normal, et que la cicatrice qui en serait le résultat produirait les mêmes effets que dans les corps caverneux et le tissu spongieux de l'urètre.

L'expérience a pleinement confirmé cette théorie; et dans les opérations pratiquées ensuite au voisinage de la cicatrice, le sang suinta lentement et en petite quantité du lambeau qui tenait à la cicatrice, tandis que de l'autre il jaillit avec impétuosité. Des aiguilles qui avaient traversé le cartilage des ailes du nez ne purent pénétrer dans la cicatrice et se tordirent. J'avais donc obtenu le résultat que je m'étais proposé, puisque j'avais déterminé la formation de cloisons très-dures au milieu du réseau vasculaire dont je voulais empêcher la communication.

Mais, l'examen attentif de ce qui s'était passé me prouva que les aiguilles, employées comme moyen de réunion, avaient contribué pour beaucoup à la guérison par l'inflammation qu'elles avaient provoquées sur leur trajet et par les indurations qui en avaient été la conséquence.

Dans le troisième fait, l'influence des aiguilles sur la transformation du tissu érectile en tissu fibreux a été encore plus évidente.

J'ai été par là conduit à les employer seules dans le dernier cas où l'incision eût dû être très-étendue et aurait compromis la frêle existence de la petite malade. Son extrême sensibilité m'engagea également à ne les appliquer que successivement à diverses parties de la tumeur, et le résultat a été le même. De plus, il est arrivé que la partie centrale, ayant participé à l'inflammation des parties voisines, s'est transformée comme les autres en tissu fibreux, quoiqu'elle n'ait pas été traversée par des aiguilles.

Il résulte de tous ces faits, que l'inflammation aiguë des tissus érectiles accidentels, par quelque cause qu'elle soit provoquée, suffit pour en amener la guérison.

Dans mes *Recherches sur les maladies du cerveau*, j'ai montré que l'induration était le dernier terme des altérations produites par l'inflammation, comme le ramollissement en est le premier degré. J'ai fait voir également que les produits morbides partageaient les propriétés des tissus

qui leur ressemblent à l'état normal, et étaient susceptibles d'éprouver les mêmes modifications sous l'influence des mêmes causes; qu'un cartilage accidentel, par exemple, pouvait s'enflammer comme un cartilage ordinaire et se pénétrer comme lui de sels calcaires.

Ce n'est pas ici le lieu de revenir sur ces idées nouvelles et fécondes en applications; mais je ne puis m'empêcher de faire observer que ce sont ces idées qui m'ont conduit aux résultats que je viens de faire connaître, et qui confirment si bien à leur tour la théorie.

En effet, c'est parce que je savais que les tissus morbides se comportent comme leurs analogues à l'état de santé, que j'ai pensé à provoquer dans les tumeurs érectiles des transformations semblables à celles que j'avais observées dans les corps caverneux : c'est parce que j'avais réfléchi aux effets consécutifs de l'inflammation sur tous les organes, que je crus pouvoir m'en servir pour provoquer des indurations morbides dans les tissus éminemment vasculaires dont je voulais entraver la circulation; et le résultat a dépassé mon attente, puisque j'ai obtenu par ce moyen la transformation *complète* de ces tissus érectiles en tissus *fibreux* et même *fibro-cartilagineux*.

Je ne chercherai pas à expliquer comment ce réseau vasculaire s'étend successivement, et quelquefois avec une grande rapidité, du point primitivement affecté aux parties voisines : mais il est évident, d'après tout ce qui précède, que la congestion inflammatoire a pour premier effet de déposer entre les mailles de ce réseau vasculaire des fluides gélatino-albumineux; que l'absorption soustrayant l'eau qui maintenait ces matériaux à l'état liquide, les épaissit, les condense de plus en plus en plus, en forme un tissu nouveau plus dur, et par conséquent moins perméable que celui qui existait.

C'est ce qui explique le gonflement livide, le ramollissement, la suppuration, qui se manifestent dans la première

période du traitement, et les résultats inespérés qu'on voit successivement se développer dans la seconde.

L'absorption continuant d'agir sur ces matériaux pendant un temps fort long, mais avec une énergie toujours décroissante à mesure qu'ils sont moins aqueux, ce n'est qu'au bout d'un temps fort long qu'on peut bien apprécier tout ce qu'on a obtenu; et plus on s'éloigne du moment de l'opération, plus les parties prennent un aspect favorable.

On a beaucoup employé la compression contre les tumeurs érectiles, mais elle a besoin, pour réussir, de la réunion de bien des circonstances qu'il est cependant rare de rencontrer en même temps, et je doute qu'elle mérite la confiance qu'on lui accorde. Mais dans les cas où elle a guéri, ce n'est certainement pas, comme on l'a pensé, en affaissant le tissu malade, en diminuant le calibre des vaisseaux d'une manière purement mécanique : le réseau vasculaire aurait bientôt repris ses premières dimensions, s'il n'était survenu un changement plus important dans la nature même du tissu comprimé. Je suis convaincu que, dans tous ces cas, la guérison doit être attribuée à une inflammation provoquée par la compression. Il a dû alors se passer quelque chose de semblable à ce qui est arrivé chez notre dernier malade, où le centre de la tumeur, après avoir participé à l'inflammation des parties voisines, s'est transformé comme elles en tissu fibreux, quoiqu'il n'ait pas été traversé par les aiguilles.

Lorsque la compression est impossible ou inutile, faut-il renoncer à tout espoir de guérison, parce qu'on ne peut enlever la totalité de la maladie ou tenter cette ablation sans danger? Les observations que j'ai rapportées prouvent le contraire, et j'espère qu'elles enhardiront les praticiens à suivre cette voie nouvelle.

Quand l'ablation de la tumeur n'offre aucun danger, mais doit laisser une difformité désagréable, faut-il avoir

recours à ce moyen si la maladie fait des progrès ? Non, parce que la guérison peut être obtenue par des moyens plus doux et sans difformité, comme le prouve la troisième observation.

Quand une tumeur érectile reste stationnaire, faut-il s'abstenir d'y toucher dans l'espoir qu'elle ne fera pas de progrès ? Non, parce qu'elle peut s'accroître assez lentement pour qu'on ne s'en aperçoive pas, ou assez rapidement pour que sa guérison devienne plus difficile, et surtout parce que le traitement ne peut être accompagné de danger ni même de vives douleurs.

Mais quel procédé doit-on préférer ?

Si j'en juge d'après les faits que j'ai rapportés, ce choix doit dépendre en partie du siége, de l'étendue de la maladie.

Dans la première observation, la tumeur naissant du bord alvéolaire de la mâchoire inférieure, il n'y avait rien de mieux à faire que d'enlever un segment de l'os, en laissant intact son bord inférieur qui était sain, afin de conserver la régularité de la face et les importantes fonctions de la mâchoire. Si j'étais à recommencer, je ne changerais rien au procédé que j'ai employé.

Dans la seconde observation, la lèvre était excessivement exubérante, et je crois qu'il a été inutile d'en enlever un lambeau triangulaire pour diminuer d'autant l'étendue de la maladie. Les incisions pratiquées ensuite sur les parties latérales et la présence des aiguilles au milieu des lambeaux ont amené la transformation des parties en un tissu fibro-cartilagineux ; et je pense que, quand la maladie est très-étendue et occupe des parties mobiles et saillantes comme les lèvres, les procédés que j'ai employés sont encore ceux qui doivent produire les résultats les plus prompts et les plus sûrs.

Mais si j'avais aujourd'hui à traiter une maladie semblable à celle qui fait le sujet de la troisième observation, je

n'emploierais plus le même procédé, quoiqu'il m'ait complètement réussi. Je crois que, quand le tissu érectile n'est pas libre et flottant, il n'y a aucun avantage à avoir recours à l'excision ou à l'incision, et qu'il est facile d'obtenir la guérison en provoquant dans son épaisseur une inflammation aiguë.

Les cas de cette nature étant beaucoup plus communs que les autres, j'insisterai sur le procédé qui me paraît devoir être le plus généralement employé.

Le moyen le plus sûr de provoquer l'inflammation des parties malades est sans contredit *l'acupuncture.* Voici le résultat de mes observations à cet égard.

J'ai d'abord employé des aiguilles à coudre très-fines, dans l'intention de les faire pénétrer plus facilement; mais on ne peut ni les couper ni les courber, et c'est un grand inconvénient, parce qu'elles doivent rester long-temps en place. Les tissus érectiles sont si mous, qu'il m'a été facile de remplacer les aiguilles par des épingles très-longues et très-déliées, telles que celles qu'on emploie pour piquer les petits insectes : elles ont pénétré dans tous les sens sans la moindre difficulté, et j'ai pu aisément les couper avec des ciseaux ordinaires, ou courber leurs extrémités avec des pinces : rien n'est plus commode à manier, et, sous tous les rapports, elles méritent la préférence. Seulement il ne faut pas employer les plus déliées qu'on trouve dans le commerce, parce que leur présence ne détermine pas une inflammation assez étendue : elles restent souvent huit à dix jours sans provoquer de suppuration. Il faut trop les rapprocher ou répéter trop souvent leur application dans les mêmes parties. Des épingles de moyenne grosseur pénètrent aussi bien, et sont toujours faciles à couper ou à tordre.

Dans le principe, je passais des fils cirés autour de ces épingles pour comprimer les parties, augmenter l'inflammation et prévenir tout écoulement de sang : mais je me suis assuré que cette précaution était inutile, parce qu'elle

n'ajoute rien à l'effet des aiguilles, et que les craintes d'hémorrhagie dont j'étais préoccupé, d'après les auteurs, sont tout-à-fait chimériques. Dans le premier moment le corps étranger remplit la plaie qu'il vient de faire, et bientôt l'inflammation change la nature des surfaces divisées, et rend toute hémorrhagie impossible.

Il faut donc renoncer aux fils cirés dont l'application alonge inutilement la durée de l'opération : seulement après l'application de la première épingle, il est bon de la soulever avec un fil pour pouvoir passer plus profondément la seconde, et ainsi de suite, afin que le tissu érectile soit embrassé dans toute son épaisseur.

Après la chute d'une première série d'épingles appliquées aussi parallèlement et aussi rapprochées que possible, il est bon d'en introduire d'autres dans une direction perpendiculaire avant que l'inflammation soit dissipée, à moins qu'on ait lieu d'espérer qu'elle sera suffisante pour amener la guérison.

Il ne faut pas s'inquiéter de l'aspect violacé et même noirâtre que prennent d'abord les parties tuméfiées : c'est au contraire le signe le plus certain que l'inflammation a le degré d'intensité nécessaire pour amener la guérison. Il faut encore moins s'alarmer de l'aspect désagréable que présentent les parties qui suppurent. Leur surface n'a pas d'abord la couleur rosée des bourgeons charnus ordinaires ; la suppuration est sanieuse, sanguinolente ; mais ce travail est nécessaire, il est le prélude de la transformation qui va s'opérer.

Les fréquentes applications du nitrate d'argent sur ces plaies sont utiles pour soutenir l'inflammation et pour rendre la cicatrice plus régulière : peut-être même employerait-on avec plus d'avantage encore le nitrate de mercure dans les cas où l'inflammation languit.

Enfin, il faut constamment se rappeler que l'inflammation est l'agent essentiel de la transformation qu'il s'agit

d'opérer ; qu'elle amène toujours ce résultat, si elle est assez intense, quel que soit d'ailleurs le moyen qu'on emploie pour la provoquer ou pour l'entretenir au degré convenable.

C'est pourquoi je suis persuadé qu'on réussirait aussi en employant le cautère incandescent ou la potasse caustique ; mais probablement on obtiendrait des cicatrices moins égales, moins régulières ; et quand la maladie a son siége à la face, c'est une circonstance à prendre en considération, sans compter que ces moyens doivent inspirer plus de répugnance que les épingles, et qu'on ne peut pas en graduer aussi bien les effets.

Observation d'une oblitération complète de l'aorte abdominale, recueillie dans le service de M. Louis, *suivie de réflexions ; par M.* Barth, *interne des hôpitaux de Paris* (1).

Martoret (Etiennette), âgée de 51 ans, ouvrière en filet, demeurant à Ivry, d'une taille moyenne, d'une constitution de force médiocre, ayant les cheveux châtains-clairs, et plutôt maigre que grasse, est entrée à l'hôpital de la Pitié (service de M. Louis) le 6 mars 1835.

Cette femme a eu 14 enfans, de 20 à 42 ans ; ses couches ont été heureuses. Elle a cessé d'être réglée à 46 ans, et a eu une perte utérine il y a deux ans et demi.

En 1812, étant sortie huit jours après son septième accouchement, elle fut prise, en rentrant, de douleurs dans les articulations des membres thoraciques et abdominaux, avec gonflement de ces parties, et impossibilité de les mouvoir, et ne fut rétablie qu'au bout de dix-huit mois.

Le 25 février 1832 elle fut atteinte d'une autre maladie consistant en vomissemens et crampes sans extinction de

(1) La pièce, conservée par M. Barth, a été présentée à l'Académie royale de Médecine.

voix. Cette affection, qui dura 25 jours environ, fut d'abord traitée pour une colique néphrétique, et appelée plus tard choléra.

Sa maladie actuelle remonte à quatre ans. Elle a débuté, sans cause connue, par un engourdissement, d'abord dans l'extrémité pelvienne droite, lequel, après quatre ou cinq mois, envahit à son tour le membre inférieur gauche, qu'il occupe aussi durant plusieurs mois, ne se faisant d'abord sentir que pendant la marche et plus tard également dans le repos. Ce phénomène est suivi bientôt de palpitations dont le début ne peut être exactement précisé, mais pour lesquelles la malade a déjà reçu les soins d'un médecin au commencement de 1832, et qui depuis ont toujours persisté. L'engourdissement aussi n'a point complètement disparu : il n'existe point dans le repos au lit, mais il se fait sentir lorsque la malade se livre à la marche, qui devient de plus en plus difficile, de sorte que, dans la dernière année de sa vie, elle ne quitte presque plus la maison ; et dans les rares fois qu'elle se rend encore à Paris, elle ne peut faire à pied le trajet de la barrière à Ivry sans se reposer une cinquantaine de fois, non point à cause de ses palpitations (et elle insiste sur ce détail), mais à cause des douleurs, de l'engourdissement et d'un sentiment de froid qu'elle éprouve dans les membres inférieurs.

Depuis quatre années aussi elle est fréquemment enrhumée et éprouve un peu de gêne à respirer. Il y a dix-huit mois environ qu'elle est obligée d'avoir la tête élevée dans son lit, et de se mettre parfois sur son séant. Ses jambes ont présenté à deux reprises un œdème peu considérable, dont la première apparition, qu'elle ne peut déterminer d'une manière précise, remonte à trois années, époque où il dura une quinzaine de jours, et qui eut encore lieu six semaines avant son entrée à l'hôpital. Plus souffrante depuis un an, la malade n'a qu'un sommeil court troublé par des rêves, et sent quelquefois des envies de défaillance pendant la

marche. Elle dit n'avoir jamais eu de coup de sang, et n'avoir perdu connaissance qu'une fois lors du choléra. Elle ignore si son teint a changé depuis qu'elle est malade, et n'a jamais eu les lèvres plus violacées. L'appétit a diminué depuis six mois, et quoiqu'il se fût conservé jusque là, la malade a maigri. Elle est habituellement constipée; du reste elle n'a jamais eu de douleurs de ventre, ni d'envies de vomir, que parfois, au milieu des efforts de toux.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, elle est dans l'état suivant :

Décubitus dorsal, la tête un peu élevée; figure assez amaigrie; physionomie naturelle, plutôt gaie que peignant la souffrance; teinte jaunâtre universelle des tégumens, même nuance peu marquée aux sclérotiques; lèvres violacées; pommettes un peu colorées; veines superficielles du cou volumineuses, saillantes, plus développées à droite qu'à gauche; pas d'œdème sensible aux membres inférieurs. Le forces ne sont pas déprimées, mais les jambes se refusent à une marche un peu prolongée. Le sommeil est mauvais; l'oppression peu marquée; les palpitations continues. La conformation de la poitrine ne présente rien de remarquable, si ce n'est qu'il semble exister un peu plus de dépression sous la clavicule droite que sous la gauche; la sonoréité y est un peu moindre. Le son est obscur, presque mat à la région précordiale et dans les 3/5 inférieurs du sternum, qui résonne peu dans toute sa hauteur. Impulsion forte à la région précordiale, soulevant l'oreille à chaque contraction des ventricules; battemens irréguliers, sourds, accompagnés d'un bruit de soufflet dont l'instant ne peut être exactement déterminé; pas de bruit anormal le long des carotides; pouls extrêmement irrégulier, fréquent, pulsations tantôt assez fortes, tantôt faibles et précipitées, qui ne peuvent être comptées. La respiration est légèrement accélérée; le murmure respiratoire est un peu dur sous la clavicule droite, accompagné d'un

léger retentissement de la voix; à gauche il est doux, sans résonnance exagérée. En arrière la sonoréité de la poitrine est bonne, égale des deux côtés ; le bruit respiratoire assez net, sans mélange de râle.

Les sens sont intacts; l'intelligence et la mémoire bonnes, et il n'y a pas de céphalalgie. La langue est violacée; les selles rares; le foie déborde les fausses côtes de plusieurs pouces; du reste les fonctions digestives et sécrétoires ne présentent rien de remarquable (Chiendent, sir. de gomme avec add. d'acét. de pot. ℥j.— Lav. de lin.— 1/8 d'alimens. — Une tasse de lait).

Le lendemain un nouvel interrogatoire fournit les mêmes résultats.

La respiration est un peu plus haute que la veille; la toux s'accompagne d'une expectoration médiocrement abondante de crachats formés par un liquide semblable à une dissolution de gomme surmontée d'une mousse très-aérée et constituant une masse coulante un peu visqueuse. L'impulsion de la région précordiale se propage jusqu'au bord des fausses côtes gauches et à l'épigastre. On n'entend pas de bruit de soufflet, ni de bruit anormal le long des carotides (Tilleul, sir. de gomme.—Potion gommeuse avec opium, gr. 1/2. — Lavement de lin. — 1/8 d'alimens. — Une tasse de lait).

Le 9, mêmes phénomènes ; les battemens du cœur sont toujours tumultueux; le pouls un peu plus facile à compter semble battre près de 150 fois par minute.

La potion est remplacée par deux grains de digitale. Le reste de la prescription comme la veille.

Le soir, il y a du sang mêlé aux crachats; plus d'oppression et de malaise qu'à l'ordinaire ; 36 inspirations par minute; pouls très-accéléré; chaleur moite.

Le 10, l'expectoration sanglante continue; les crachats sont pour la plupart souillés de sang qui n'y est pas combiné (Riz, sir. de coings acid., jus de citron.—P. de digit.

gr. ij. — Saignée de ℥vj. — Lav. de lin. — 2 bouillons).

Un peu moins de sang le soir.

Le 11, la saignée de la veille présente un caillot sans couenne, environné d'une zone de sérosité de 5 à 6 lignes. La physionomie peint la souffrance; les lèvres sont violettes. Voix très-faible et n'ayant un peu d'éclat que par intervalle, sans douleur au larynx; oppression marquée; respiration pénible (34), crachats toujours mêlés de sang, mousseux, assez liquides; palpitations avec impulsion à la région précordiale qui se prolonge jusqu'au bord droit du sternum. Poitrine peu sonore antérieurement des deux côtés. Bruit respiratoire un peu dur sous la clavicule droite, sans râle. A gauche, antérieurement, un peu de râle sifflant dans l'inspiration; en arrière il y a du râle sous-crépitant à la base, et un léger retentissement de la voix dans la fosse sus-épineuse (Orge, émuls. édul. avec sir. de gomme. — Potion avec ext. de ratanhia, gr. x et sir. de fleurs d'or. ℥ß. — Saignée de ℥vj. — Repos. — Diète).

Cette seconde saignée, qui présente le lendemain les mêmes caractères que la précédente, n'est suivie, comme elle, d'aucun soulagement.

Du 12 au 15, la malade est presque immobile dans le décubitus dorsal, la tête fortement élevée; la face pâlit; les lèvres sont violacées; les traits s'altèrent de plus en plus et expriment la douleur et l'anxiété; l'affaissement fait chaque jour des progrès. Les membres inférieurs présententent un léger œdème; la voix s'affaiblit graduellement jusqu'à l'aphonie presque complète; les sens restent intacts et l'intelligence se conserve. L'oppression devient de plus en plus pénible; la respiration toujours haute s'accélère jusqu'à 40. Les palpitations existent sans interruption. L'hémoptysie continue; elle est plus considérable le 12, sans dépasser la valeur de 3 à 4 onces par vingt-quatre heures. Le lendemain, les crachats moins sanglans sont peu coulans, légèrement aérés. La 14 ils sont d'un rouge

plus intense, plus visqueux et quelques-uns striés de sang. Le 15, ils perdent leur coloration vive et sont légèrement noirâtres. L'impulsion, toujours forte à la région précordiale, soulève les parois du thorax; la main appliquée en ce point, sent par intervalle un léger frémissement. La percussion donne toujours un son mat dans le même lieu. Les battemens du cœur ne cessent d'être tumultueux; on ne peut en saisir le rythme : quelques battemens forts et distincts sont suivis d'une série d'autres petits et précipités et quelquefois à peine appréciables; on les entend à droite antérieurement, et l'on ne peut y distinguer de bruit de soufflet. La râle sous-crépitant persiste en arrière à gauche, accompagné par momens d'un peu de râle sonore, qui n'existe pas à gauche. Le pouls, très-irrégulier et très-difficile à compter, varie de 120 à 150 pulsations par minute. La langue, bien humide, offre une légère teinte jaunâtre; quelques envies de vomir; le foie est toujours senti sous les fausses côtes. La constipation persiste; la chaleur est peu élevée, quelquefois un peu moite. On prescrit pendant ces quatre jours de la tisane d'orge ou une solut. de sir. de fl. d'oranger, des pot. antipas. avec addit. d'extr. de ratanh. gr. xx, ou sir. d'écorce d'or. ℥ß; quelques onces d'émulsion; deux vésicatoires sont appliqués aux cuisses, et l'on donne pour alimens quelques tasses de lait et de bouillon.

Le 16, l'affaissement est extrême, les mains fraîches, l'hémoptysie beaucoup plus abondante, et la malade expire sans agonie à deux heures du soir.

Autopsie, 20 heures après la mort, par un temps humide. — Etat extérieur. — Refroidissement complet; veines dessinées à la surface de la poitrine, sous forme de traînées rouges, livides; taches verdâtres au-dessous de l'ombilic; quelques vergetures à la partie postérieure des mollets. Œdème peu considérable des membres pelviens et de la partie inférieure des parois abdominales.

Tête. — Peu de sang à la surface externe de la dure-mère. Peu de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde ; infiltration sous-arachnoïdienne bornée antérieurement à l'intervalle des circonvolutions, universelle en arrière. Pas de glandes dites de Pacchioni. Veines cérébrales médiocrement distendues par le sang ; injection peu considérable de la pie-mère, qui a d'ailleurs son aspect habituel. La substance corticale a sa coloration et sa consistance ordinaires ; elle n'est pas sensiblement injectée. La substance blanche est nuancée de lilas, avec une injection médiocre ; sa consistance n'a rien de remarquable. Les ventricules contiennent peu de sérosité. A une ligne de distance du corps strié droit, on voit une petite cavité applatie, de couleur jaunâtre, tapissée d'une fausse membrane fine, et ayant deux pouces et demi d'avant en arrière, sur une ligne de hauteur. Les corps striés sont peu colorés ; les plexus choroïdes pâles. Les autres parties centrales, de même que la protubérance, le cervelet et la moelle alongée, offrent leur disposition, leur couleur et leur consistance ordinaires. Les sinus cérébraux sont livides à leur face interne et contiennent une médiocre quantité de sang. L'artère basilaire est petite, et a environ deux lignes de développement.

Poitrine. — La plèvre gauche contient environ 6 à 7 onces de sérosité. Le poumon correspondant est libre d'adhérences ; il est plus pesant que dans l'état naturel, d'un volume ordinaire, et présente antérieurement sa couleur gris-bleuâtre marbrée habituelle. Postérieurement, on remarque trois plaques d'un bleu noirâtre foncé, d'un pouce et demi à trois pouces de surface, dont deux appartiennent au lobe supérieur, et une au sommet du lobe inférieur, et qui présentent au toucher une résistance qui contraste avec la souplesse des parties environnantes. Ces taches pénètrent de deux pouces dans le parenchyme pulmonaire, et offrent à la coupe une surface très-finement, mais inégalement grenue, et qui paraît, à un examen attentif, comme fine-

ment aréolée. Leur tissu résiste sous le doigt, peut être déchiré par une traction assez forte, n'est nullement crépitant, et donne issue par la pression à un sang liquide noirâtre non aéré. Celle du lobe inférieur présente un peu plus de souplesse et contient une quantité de liquide plus considérable. Sur leurs limites, elles perdent insensiblement leur couleur noirâtre, leur consistance et leur aspect aréolé, pour reprendre la coloration rose-gris naturelle, la souplesse et la cohésion du parenchyme pulmonaire très-légèrement crépitant. Le sommet du lobe supérieur est assez ferme, d'un rouge intense à l'intérieur, mais non grenu; il est encore souple et ne peut être déchiré que difficilement. Près de la racine des bronches, il offre un point hépatisé dont le tissu est plus dense et plus friable. Les cellules pulmonaires peuvent à peine être distinguées à l'œil nu; et vers le bord tranchant, où elles sont le plus volumineuses, elles ont à peine la grosseur d'un grain de millet.

La plèvre droite est adhérente partout. Le poumon de ce côté est volumineux, un peu applati, très-pesant; on n'y remarque pas de taches noirâtres comme dans celui du côté opposé. Incisé, il laisse écouler un sang rouge, peu aéré. Le lobe supérieur présente, dans deux ou trois points, un aspect grenu à la coupe, et en général une cohésion moindre que le lobe supérieur du poumon gauche. Les vésicules ne sont point sensiblement augmentées de volume. Les deux poumons n'offrent d'ailleurs aucune trace de tubercules ni de granulations grises.

Les bronches contiennent un peu de mucus rougeâtre; la membrane interne est lisse, mince, transparente et d'une bonne consistance.

Cou. — La trachée artère est d'un rouge uniforme à l'intérieur; sa membrane muqueuse a son épaisseur et sa consistance habituelles.

Le larynx n'offre rien de remarquable.

L'épiglotte est d'un rouge assez foncé, sans augmentation d'épaisseur.

Le pharynx ne présente rien de pathologique.

Abdomen. — L'œsophage est d'un rouge livide, sans altération de la membrane muqueuse.

L'estomac, d'un volume ordinaire, contient une médiocre quantité de liquide rougeâtre; sa surface interne, surtout dans les trois pouces de son étendue qui avoisinent le pylore, offre une coloration foncée due en partie à une injection pointillée. La membrane muqueuse a un aspect mamelonné plus marqué au voisinage de la valvule pylorique, et qui n'existe pas dans sa grande tubérosité : dans cette dernière partie, elle laisse enlever des lambeaux d'un pouce et a son épaisseur ordinaire, comme dans le reste de son étendue, où elle présente sa consistance accoutumée.

L'intestin grêle offre dans toute sa longueur une couleur rouge livide, due presqu'en totalité au tissu cellulaire sous-muqueux. Sa membrane interne est lisse, mince, et donne des lambeaux de 3 à 5 lignes dans l'iléon, et plus considérables dans sa première partie.

Le gros intestin a, dans tout son trajet, une teinte rose livide due à la muqueuse dans le cœcum, et plus bas au tissu cellulaire. Sa membrane interne ne présente aucune autre altération et donne des lambeaux de 10 à 12 lignes.

Le foie, d'un volume médiocre, offre, vers le milieu de sa face convexe, une dépression correspondant au rebord des fausses côtes droites, et ayant un aspect mamelonné et une couleur plus pâle que dans le reste de son étendue. Il présente, à l'extérieur, une alternative de points jaunes café au lait et de points violacés. Ces deux couleurs se reproduisent à l'intérieur d'une manière plus prononcée, et presqu'uniquement dans la portion du grand lobe, située au-dessus de la dépression indiquée. Dans tout cet espace, la couleur jaune domine, et son tissu présente un aspect grenu à grains volumineux, de forme et de dimension

inégales. A la partie inférieure de ce lobe, les deux couleurs occupent à peu près la même surface, et les grains sont plus petits. Le parenchyme hépatique est en général flasque et sa cohésion moindre que d'habitude. La vésicule biliaire contient un liquide coulant, d'un vert foncé; ses parois sont infiltrées.

La rate est adhérente au diaphragme, par sa face convexe, dans la plus grande partie de son étendue. D'un volume assez considérable, et d'un rouge bleuâtre à l'extérieur, elle est formée par la réunion de 4 ou 5 lobes de diverses grandeurs, séparés par des sillons plus ou moins profonds. Son tissu est rouge, ferme, assez cohérent, contient du sang en assez grande quantité, et n'offre d'ailleurs aucune altération organique.

Le rein droit, d'un petit volume, un peu inégal à sa surface, ne présente du reste rien de pathologique. Le rein gauche a sa forme et son aspect ordinaires.—La vessie, peu spacieuse, est un peu livide à son bas fond, sans autre lésion appréciable.

L'utérus a deux pouces et demi de longueur en y comprenant le col, 30 lignes dans sa plus grande largeur, et 9 lignes d'épaisseur; son tissu est ferme a son aspect habituel.

Système circulatoire. —Le péricarde contient environ deux onces de sérosité rousse; sa surface interne est lisse, polie, et ne présente rien de remarquable.

Le cœur offre un volume beaucoup plus considérable que le poing du sujet. Dans la position où il se présente à l'ouverture du péricarde, l'oreillette droite s'étend à droite du sternum dans la largeur d'un pouce et demi, sa pointe touche le cartilage de la septième côte. Il a six pouces de hauteur en y comprenant les oreillettes; 4 pouces 3/4 de son sommet à l'origine de l'aorte, et 5 pouces dans son diamètre transversal, au niveau de l'origine de l'artère pulmonaire. Du reste, sa forme n'est point sensiblement altérée, et toutes ses parties paraissent avoir contribué assez

également à cette augmentation de volume. Il est d'une bonne consistance, a sa couleur rougeâtre ordinaire, et présente, à sa base et le long de ses sillons, une couche peu épaisse de tissu graisseux. Sa surface extérieure n'offre d'ailleurs rien de remarquable. — L'oreillette droite est distendue par du sang noir, caillé, non fibrineux, qui bleuit les instrumens; sa cavité pourrait contenir une petite pomme de rainette. Elle reste distendue après avoir été incisée : ses parois sont fermes, ont une épaisseur qui varie de une ligne à moins d'un quart de ligne, en n'y comprenant pas les colonnes charnues; ces dernières sont nombreuses et augmentées de volume. — L'orifice auriculo-ventriculaire droit est libre, sans indurations, et a 18 lignes de diamètre. La valvule tricuspide n'offre rien de remarquable. — Le ventricule droit recouvre la moitié de la face antérieure, le bord droit et le quart de la face postérieure du ventricule gauche. Il a extérieurement près de 5 pouces de hauteur, et contient un sang noir. Sa capacité est accrue : il a 4 pouces 3/4 depuis le sommet jusqu'au bord libre des valvules, et 6 pouces de développement dans sa plus grande largeur. Ses parois, assez fermes, ont, vers la base, une ligne et demie d'épaisseur, sans y comprendre les colonnes charnues, et une demi-ligne à la pointe. Sa surface interne est lisse, rosée, et présente des colonnes charnues très-nombreuses. — L'orifice ventriculo-pulmonaire est libre et a 36 lignes de développement. Les valvules sigmoïdes sont rouges, minces, flexibles; elles ont chacune 12 lignes à leur bord libre. La surface interne de l'artère pulmonaire est d'un rouge intense qui pénètre dans le tiers de son épaisseur. — L'oreillette gauche, augmentée d'environ un tiers de sa capacité ordinaire, présente à peu près la même dimension que la droite; ses parois moins fermes ne sont point amincies : elles ont depuis deux tiers de ligne jusqu'à moins d'un tiers de ligne d'épaisseur. Sa surface interne est lisse, rosée, et n'offre

que quelques rares colonnes charnues à sa partie antérieure. — L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci, de manière à ne recevoir que l'extrémité de l'index qui ne peut le franchir. La valvule mitrale est rigide, épaissie, revenue sur elle-même, et le contour de l'ouverture présente antérieurement une induration cartilagineuse d'un volume égal à celui de la moitié d'un grain de café. — Le ventricule gauche, également agrandi, a 4 pouces de son sommet au bord libre des valvules sygmoïdes, et 5 pouces de développement dans sa plus grande largeur. Ses parois ont 4 lignes 3/4 vers la base dans leur plus grande épaisseur, et 2 lignes 1/4 à la pointe. Sa surface interne, lisse, rosée dans toute son étendue, est un peu louche, blanchâtre près des valvules. — L'orifice aortique a 33 lignes de développement. Les valvules sigmoïdes sont blanchâtres, un peu épaisses et rigides; leur bord adhérent est dur, épaissi; leur bord libre est tendu et a, terme moyen, onze lignes. Celle qui est située entre les orifices des deux artères coronaires, offre près de l'insertion de son bord flottant une induration du volume d'un grain d'orge. — La cloison interventriculaire a 5 lignes d'épaisseur près de la base, et 2 lignes 1/2 au sommet. — Les chairs du cœur sont d'une bonne consistance, pas plus rouges qu'à l'ordinaire. La membrane interne des cavités est généralement très-mince, lisse et transparente, si ce n'est vers les valvules, et donne des lambeaux de 3 lignes environ.

L'aorte, considérée à *l'extérieur*, offre à peu près son volume et sa disposition habituels, jusqu'au niveau de la naissance des artères rénales : immédiatement au-dessous, elle est convertie en une espèce de corps solide, fusiforme, résistant à la pression, ayant supérieurement 22 lignes de circonférence, 26 à sa partie moyenne, puis se rétrécissant graduellement jusqu'à l'orifice de la mésentérique inférieure où il n'offre plus que 14 lignes de contour, et se continue ensuite, jusqu'à sa division, sous forme d'une espèce

de cordon ferme, dense, arrondi, du volume d'une grosse sonde uréthrale.

Les artères iliaques primitives et leurs deux branches offrent également un volume moindre, une forme plus arrondie et une consistance plus grande qu'on ne le rencontre habituellement. Cette disposition s'étend aux crurales, cesse du côté gauche à un pouce au-dessous de l'arcade crurale et disparaît graduellement à droite au delà de l'artère poplitée.

Incisée dans le sens de sa longueur, la *surface interne* de l'aorte est d'un rouge un peu livide; elle offre çà et là, près de son origine, au niveau des intercostales, de petites taches d'un blanc jaunâtre, de 2 à 6 lignes de surface, que l'on retrouve aussi dans les carotides et les sous-clavières. Ces plaques sont recouvertes par la membrane commune, et formées d'une couche mince, friable, adhérente à la face interne de la membrane moyenne.

La *cavité* de l'aorte est libre jusqu'à l'origine des rénales; à partir de ce point elle est occupée par une espèce de corps mou, rougeâtre, fibrineux, formé de couches non manifestement lamelleuses, ayant la forme de l'aorte dans cette portion de son trajet, adhérent à elle par son pourtour, si ce n'est à la face postérieure où il en est séparé par par une espèce de canal latéral, aplati, qui a supérieurement 4 à 5 lignes de large, et se rétrécit graduellement, de manière à n'avoir plus que deux tiers de ligne au niveau de l'artère mésentérique inférieure. En ce point, le coagulum rougeâtre se continue en changeant insensiblement d'aspect, avec un tissu plus ferme, dur à inciser, lisse à la coupe, d'un gris-rose, comme gélatineux et demi-transparent, homogène, sans structure apparente, lequel remplit toute la portion rétrécie de l'aorte. Une section transversale étant faite dans ce trajet, on voit les parois de l'artère froncées, de manière à former des plis saillans à l'intérieur, et contractées de toutes parts sur ce tissu qui

leur adhère dans tout son pourtour, si ce n'est en un point très-limité où existe entre lui et l'aorte un décollement très-étroit qui semble se continuer supérieurement avec l'infundibulum indiqué, et disparaît inférieurement au niveau de la division de l'aorte.

En ce point, la substance décrite se bifurque et se continue de chaque côté dans les artères iliaques primitives, sous forme de prolongemens de la grosseur d'une plume de corbeau, inégalement arrondis, ailleurs un peu applatis, d'une couleur rosée, plus rouge en quelques endroits, fortement adhérens en certains points, assez faciles à détacher en d'autres, et offrant çà et là à leur surface une injection vasculaire excessivement fine. Ce tissu remplit le premier pouce (seul examiné) des artères hypogastriques (1), parcourt toute l'étendue des iliaques externes, et se termine à gauche à un pouce au-dessous du ligament de Fallope, en s'amincissant graduellement à son extrémité; du côté droit il traverse toute l'artère crurale, en envoyant dans la musculaire profonde, un embranchement de 2 pouces 1/2, et un autre de 9 lignes dans le premier rameau de cette dernière où il se termine par des lamelles; il se continue ensuite dans la poplitée, suit la tibiale postérieure jusqu'au tiers moyen de la jambe, puis diminue en ne formant plus que des lamelles qui disparaissent à 4 pouces de la malléole. La tibiale antérieure reste libre. Dans la poplitée gauche,

(1) L'oblitération de l'aorte n'ayant pas été prévue, tous les organes furent successivement enlevés, sans songer à en examiner les vaisseaux d'une manière spéciale. Cependant comme il s'agissait d'une affection du cœur, l'aorte fut détachée avec la précaution de conserver au tronc l'origine des grosses branches qui en naissent. L'obstruction de la cavité ayant été aperçue en ce moment, M. Louis me confia le soin d'examiner la pièce, et, l'enlèvement du sujet ne permettant pas de l'injecter, je détachai les principales artères pour en constater l'état et le développement. Pendant cet examen, les viscères furent emportés, et il me fut impossible d'y revenir plus tard pour compléter ces recherches.

on trouve également encore quelques couches minces, lisses, un peu plus épaisses qu'une feuille de papier, attachées aux parois de l'artère et s'enlevant avec la membrane interne.

Dans ce trajet, la substance indiquée offre des dispositions variables : Dans l'iliaque primitive droite elle se présente, à une section longitudinale, sous forme d'une couche d'une demi-ligne d'épaisseur, adhérant à la paroi interne du vaisseau par sa circonférence, et ayant une surface interne lisse, polie, qui indique qu'elle formait un cylindre creux placé dans le tube artériel. Le tissu qui obstrue l'iliaque primitive gauche, est également parcouru par un canal placé plus ou moins exactement dans son centre. Ce canal se termine de chaque côté en cul-de-sac, à la bifurcation de l'aorte supérieurement, et cesse inférieurement au niveau de la division des iliaques. Il n'existe point dans le tissu qui bouche l'origine des artères hypogastriques et iliaques externes. Plus bas il reparaît dans ces dernières, formé par des parois d'épaisseur variable, disparaît dans la terminaison du coagulum placé dans la crurale gauche; se continue dans la crurale droite où il présente de nombreux orifices latéraux qui paraissent s'ouvrir dans les branches naissant au voisinage du ligament de Fallope. Il parcourt ensuite presque toute la longueur du tissu qui occupe la fémorale, irrégulièrement situé dans son épaisseur, parfois assez exactement placé dans son centre, s'interrompant en différens points, tantôt en s'ouvrant à la surface externe du coagulum, tantôt en quittant la direction de l'artère pour s'enfoncer dans le tissu qui obstrue les branches de cette dernière, se trouvant ainsi entrecoupé de distance en distance par des portions pleines, de 5 à 6 lignes de longueur, pour reparaître plus bas d'une manière évidente. Il existe encore bien marqué dans le coagulum qui occupe l'artère poplitée, et qui en est parcouru dans presque toute son étendue. Plus bas, dans l'ar-

tère tibiale postérieure, on ne trouve plus que quelques lamelles sous lesquelles le stylet peut s'engager et qui ne forment point de canal régulier. Il n'en existe aussi que par portions incomplètes et formées par des lamelles, dans l'artère musculaire profonde.

Quant aux autres artères fournies par l'aorte, et considérées sous le rapport de leur cavité, le tronc cœliaque est libre ainsi que l'origine de deux de ses divisions. La troisième, que je crois être la splénique, est incomplètement obstruée par des lamelles rosées laissant le stylet s'engager sous des portions de canaux mal dessinés. La mésentérique supérieure est libre jusqu'à 8 lignes de son origine ; immédiatement au delà de sa première branche qui est libre, le tronc lui-même est oblitéré dans la portion conservée (4 lignes), de manière à ne présenter qu'un pertuis laissant passer le stylet qui sert à déboucher la sonde. Les deux rénales sont libres. Les lombaires, au nombre de 6, sont vides également, mais leur orifice est bouché, à l'exception des deux supérieures et de la moyenne du côté droit qui s'ouvrent dans l'espèce de canal latéral indiqué plus haut. Les six lignes conservées de la mésentérique inférieure sont obstruées par un coagulum peu volumineux ; le stylet ne peut traverser son orifice. L'artère sacrée moyenne est libre ; mais son orifice est également bouché. L'obturatrice droite, à sa sortie du tronc sous-pubien, et la fessière gauche, à sa sortie de l'échancrure sciatique, sont libres. La brachiale droite, à son origine, est obstruée en partie par un tissu rougeâtre, analogue à celui des artères précitées, du volume d'un petit haricot, et adhérent à la membrane interne de l'artère.

Considérées sous le rapport de leur *diamètre*, les différentes parties de l'arbre artériel offrent les dimensions suivantes : (Développement, après avoir eu soin de déplisser celles qui étaient contractées).

			lignes.	(1)
Aorte		au bord libre des valvules	33	30 3/4
		avant l'orig. du tronc brachio-céph.	28	34
		au-dessous de l'or. de la sous-clav. g.	26	26
		au niveau du canal artériel	24	24 1/3
		au-dessus du tronc cœliaque	22	22 1/2
		au niveau des artères rénales	20	17 1/2
Art. brachio-céph.		à un demi-pouce de son origine	14	14 1/4
A. sous-clav.	droite	à son origine	10	11 1/4
		au niveau de la vertébrale	8 1/2	10 3/8
	gauche	à son origine	11	12 3/4
		au niveau de ses prem. branches	9	9 5/8
A. axillaire	droite	à son origine	8	8 3/4
		à sa partie moyenne	8	7 3/4
		à sa terminaison	7	7 2/3
	gauche	à son origine	8	8 1/4
		à sa partie moyenne	7	7
		à sa terminaison	7	7 1/6
A. humérale	droite	à son origine	5	6 2/3
		au milieu de son trajet	3 1/2	4 2/3
		près de sa division	4	4 5/8
	gauche	supérieurement	5	6 1/6
		à sa partie moyenne	3 1/2	4 1/6
		près de sa division	4	4 5/6
A. radiale	droite	à sa partie supérieure	2 1/2	3 1/4
	gauche	.... *Id.*	2 1/2	3 1/6
A. cubitale	droite	.... *Id.*	2 1/2	3 1/3
	gauche	.... *Id.*	2 1/2	3 2/3
A. carotide	droite	à son origine	9	8 3/4
		à sa bifurcation	9 1/2	9 3/7
	gauche	à son origine	9	8 3/4
		à sa bifurcation	9	8 3/4

(1) Cette deuxième colonne indique la mesure moyenne du calibre des artères chez la femme de 50 à 59 ans, qui m'a été communiquée par mon ami M. Bizot, de Genève, qui doit incessamment publier un travail sur le cœur et le système artériel, considérés sous le rapport des âges, du sexe et des maladies.

A. carotide interne g			5	
A. carotide externe g			4	
A. mamm. int., à la partie moy. du sternum			2 1/2	
A. intercostales,		à leur origine (terme moyen)	2 1/2	
		au milieu de leur trajet	1 1/4	
A. cœliaque, à son origine			6	7 3/8
A. mésent. sup., à sa naissance			7 1/2	8 1/2
A. rénales..... — au commencement de leur trajet			6	7
A. mésentér. inf. à quelques lignes de son origine			4 1/2	4 1/5
A. lombaires à leur origine (terme moyen)			3	
A. sacrée moy.. à quelq. lig. de sa naissance			1 1/2	
A. iliaque primitive	droite	à son origine	7	10 1/8
		près de sa bifurcation	7	11 3/8
	gauche	à son origine	7 1/2	10 1/4
		près de sa bifurcation	7 1/2	11 3/4
A. il. interne	droite	à son origine	5	6 3/4
	gauche	.... *Id.*	6	7
A. fessière gauche à sa sortie de l'échancrure sciat.			3 1/2	
A. iliaque externe	droite	à son origine	5	7
		au milieu de son trajet	5	7 1/2
		à sa partie inférieure	6	9 3/4
	gauche	à son origine	5 1/4	7 1/8
		au milieu de sa longueur	5 1/2	7 7/8
		à sa partie inférieure	6	9 7/8
A. épigastriq.		à 2 pouc. au-dessus du lig. de Fall.	2	
		au niveau de l'ombilic	1 1/2	

Un stylet boutonné ordinaire ne peut s'engager dans sa cavité au-delà de deux pouces plus loin.

A. fémorale	gauche	supérieurement	7	7
		à sa partie moyenne	6	6 3/4
		inférieurement	5	7
	droite	supérieurement	6	7 1/8
		à sa partie moyenne	5	6 5/8
		inférieurement	4	7
A. muscul. prof. à un demi-pouce de son orig.			3 1/2	6 3/8
A. poplitée	droite	à son origine	4	6 1/2
		à sa terminaison	3	5 1/4
	gauche	à son origine	4 1/2	6 4/[illegible]
		à sa terminaison	3 1/4	5 7/44

A. tibi. antér^{re}	droite	à sa naissance..	$2\frac{1}{4}$	$3\frac{11}{17}$
	gauche	*Id.*	$2\frac{1}{2}$	$3\frac{23}{36}$
A. tibi. posté-rieure.	droite	supérieurement.	3	$4\frac{6}{19}$
		près de la malléole.	2	$2\frac{19}{34}$
	gauche	au commencement de son trajet..	3	$4\frac{13}{38}$
A. péronière g.		à son origine.	$2\frac{1}{2}$	$3\frac{7}{30}$

Le système artériel étant considéré dans sa *structure*, la membrane interne de l'aorte, dans sa partie supérieure, est lisse, transparente, très-mince, et donne des lambeaux de 4 à 5 lignes; sa tunique moyenne a une demi-ligne d'épaisseur et sa cohésion habituelle; sa membrane externe est mince, lâche et molle. Au niveau du coagulum rougeâtre, celui-ci adhère d'une manière intime à la membrane interne dont on ne peut l'isoler sans déchirure; de sorte qu'on ne peut mettre cette dernière exactement à nu, et qu'un lambeau détaché un peu plus haut entraîne avec lui le caillot qui lui paraît comme combiné. La membrane moyenne est, en ce point, d'un quart environ plus épaisse que supérieurement et un peu moins consistante; la membrane externe y est formée par un tissu cellulaire plus dense, de l'épaisseur d'une feuille de papier. Dans la portion rétrécie, la membrane interne est épaissie, presque opaque et peu consistante; la membrane fibreuse a (terme moyen) deux tiers de ligne d'épaisseur, et l'externe est formée par une couche de tissu cellulaire très-dense, épaisse d'un quart de ligne.

Dans les iliaques primitives, la surface interne offre des plis longitudinaux très-fins; la membrane qui la revêt est moins transparente, plus épaisse et plus friable que dans la partie supérieure de l'aorte, et fournit des lambeaux de 2 à 3 lignes; la membrane moyenne, qui a le tiers de l'épaisseur de celle de l'aorte, est aussi plus molle et plus fragile.

La surface interne des crurales offre une espèce de froncement à plis perpendiculaires, indépendamment du plissement longitudinal indiqué pour l'iliaque primitive La

membrane interne est mince, à peu près complètement transparente, et donne des lambeaux de 2 à 3 lignes; sa consistance semble un peu moindre dans la crurale droite. La membrane moyenne offre moins d'un quart de ligne d'épaisseur, et la membrane externe est formée par un tissu cellulaire serré, au moyen duquel l'artère adhère fortement à la veine fémorale.

Dans les membres supérieurs, les axillaires sont lisses, unies, et les brachiales un peu plissées dans les deux sens. Examinée sur la sous-clavière, la membrane interne est mince, transparente, donne des lambeaux de 3 lignes environ. La membrane moyenne a un peu moins d'un quart de ligne d'épaisseur.

La membrane interne de l'artère pulmonaire est très-lisse, très-fine, polie et transparente; elle donne des lambeaux de 2 à 3 lignes; sa tunique moyenne a un bon tiers de ligne d'épaisseur, et sa membrane externe est formée par une couche mince de tissu cellulaire.

Tout le système veineux est gorgé de sang noir.

En résumé, une femme de 51 ans, d'une constitution peu forte, commence à éprouver il y a quatre ans, un engourdissement, d'abord dans l'extrémité pelvienne droite et quelques mois après dans celle du côté gauche. Plus tard il s'y joint des palpitations qui persistent; et depuis cette époque aussi la progression reste difficile par l'engourdissement, le froid et la douleur qu'elle développe dans les membres inférieurs. Plus souffrante depuis un an, la malade entre à l'hôpital, ayant les lèvres violacées, des battemens de cœur tumultueux et le pouls irrégulier et précipité. Bientôt après, se déclare une hémoptysie accompagnée d'une oppression extrême, et la malade expire dix jours après son admission. A l'autopsie on trouve le cœur volumineux et ses cavités dilatées, sans amincissement des parois; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche notablement rétréci; les valvules aortiques rigides; l'aorte

libre supérieurement, oblitérée à sa terminaison par une espèce de coagulum dense sur lequel l'artère s'est contractée de toutes parts, et qui envoie de chaque côté, dans les iliaques et leurs divisions, des prolongemens en grande partie canaliculés et présentant des traces d'organisation. Plusieurs artères de l'abdomen sont également obstruées.

La mesure du développement des différentes parties de l'aorte, des principales branches qui en naissent, et d'un grand nombre d'artères du second ordre, comparée à la mesure moyenne de ces vaisseaux, montre que les dimensions du tronc et des rameaux artériels du sujet dont nous donnons l'histoire étaient partout inférieures aux dimensions ordinaires.

Quelle est la nature de cette altération? quel en est le début, et quels en furent les effets? — En considérant avec attention, d'une part, la disposition du tissu anormal placé dans l'aorte et les artères des membres inférieurs, et de l'autre l'état de la membrane interne dans le tronc et les rameaux artériels, on peut, je pense, arriver à résoudre la première de ces questions. D'abord, dans les parties obstruées, la tunique interne offrait un aspect particulier, une surface finement plissée, dépolie, une légère augmentation d'épaisseur et une friabilité plus grande, annonçant une altération de cette membrane; et ces caractères étaient d'autant moins prononcés, qu'on s'éloignait davantage de la terminaison de l'aorte et de ses deux divisions. Ensuite, le tissu anormal qui obstruait les différentes parties du système artériel, se présentait sous forme d'un coagulum plein et solide dans les parties mêmes où l'altération précitée était la plus marquée, ailleurs sous forme de couches parcourues par un canal central, et dans les points les plus éloignés, sous forme de simples lamelles, comme dans la tibiale postérieure droite, l'humérale droite et la poplitée gauche; ce qui semble indiquer que ces différens états constituaient divers degrés de formation d'un

même tissu. On peut donc inférer de ce qui précède que, par l'effet d'une altération de la membrane interne, son inflammation probablement (caractérisée par la perte de son poli, son épaississement et la diminution de sa consistance), il s'est formé à sa surface libre un dépôt de matière coagulable sécrétée par elle ou extraite du sang, laquelle s'est condensée sous forme de couches, d'abord minces et interrompues, ensuite plus épaisses et continues : ces couches augmentant graduellement d'épaisseur, ont fini par former un cylindre canaliculé dans certaines parties où pouvait se faire encore une circulation imparfaite, solide et plein dans d'autres où le cours du sang se trouvait ainsi complètement interrompu.

Ce coagulum une fois établi dans la terminaison de l'aorte, les parois artérielles se sont contractées sur lui, par cette loi du système vasculaire signalée par Hodgson, d'après laquelle, lorsqu'il y a obstacle au cours du sang dans un vaisseau, celui-ci se resserre graduellement jusqu'à ce que sa cavité s'efface, et qu'il ne forme plus enfin qu'un cordon ligamenteux. C'est la même loi qui préside à l'oblitération des vaisseaux ombilicaux et du canal artériel.

Ces considérations pourront aussi nous conduire à connaître le début de cette altération. L'engourdissement éprouvé par la femme, il y a quatre ans, dans les membres inférieurs, permet déjà de penser, qu'à cette époque, le cours du sang se trouvait gêné dans le tronc artériel qui envoie ses rameaux aux extrémités pelviennes. Sans doute, si le coagulum avait été formé promptement comme dans le cas de la constriction d'une artère au moyen d'un fil, il aurait disparu après un temps aussi long dans différens points des iliaques et peut-être même dans la terminaison de l'aorte, et l'on eût trouvé ces vaisseaux réduits à un ligament constitué par les seules parois artérielles revenues sur elles-mêmes de toutes parts. Mais, dans le cas présent,

ce tissu n'a pu se déposer que d'une manière lente et graduelle ; et le temps nécessaire à sa formation, joint à celui qu'il a fallu pour réduire l'aorte au volume d'une grosse sonde uréthrale, peut bien équivaloir à un espace de quatre années.

Mais quel a été le point de départ de l'oblitération qui nous occupe? L'obstruction de l'aorte a-t-elle suivi ou précédé celle des iliaques, ou bien ces artères se sont-elles obstruées ensemble ? En ayant égard à la cause qui paraît avoir déterminé le dépôt de matière coagulable, on peut penser que le travail de l'oblitération a commencé en même temps dans ces différens points. Ensuite, en réfléchissant aux symptômes qui ont eu lieu pendant la vie, cette circonstance, que la malade a éprouvé de l'engourdissement d'abord dans le membre inférieur droit, semble indiquer que la circulation a été embarrassée dans l'iliaque primitive de ce côté, pendant que le sang parcourait encore librement l'artère correspondante, et qu'ainsi l'oblitération de l'aorte ne s'est opérée que plus tard. Toutefois, cela ne prouverait pas que l'aorte était parfaitement libre à cette époque, que son occlusion n'était pas commencée, ou qu'elle n'aurait pas eu lieu sans l'oblitération préalable des iliaques. D'une autre part, en considérant que dans l'aorte il a fallu un temps considérable pour former un coagulum assez volumineux pour remplir sa cavité, et que ce caillot, aussi consistant que dans les iliaques, était plein, tandis que dans ces dernières et les crurales, il était canaliculé en plusieurs points (circonstance qui, d'après ce qui précède, semble indiquer un état moins ancien) ; ensuite que le tronc artériel avait éprouvé une contraction proportionnellement plus grande que ses branches, on peut admettre que le travail de l'oblitération de l'aorte n'a pas suivi, si même il n'a précédé celui des artères iliaques, et que l'occlusion du tronc s'est faite indépendamment de celle de ses branches. Remarquons encore que le siége de l'obli-

tération de l'aorte était la portion de son trajet la plus favorable au dépôt d'un coagulum ; savoir, celle qui fournit les branches les moins nombreuses et les moins considérables, et qui s'étend depuis sa bifurcation jusqu'à l'origine de la mésentérique inférieure. Au-dessus de cette dernière, la cavité de l'aorte était bien encore obstruée jusqu'aux artères rénales ; mais cette portion de coagulum n'avait ni l'aspect, ni la densité de celle qu'on trouvait plus bas : elle était évidemment d'une formation plus récente, et il est probable que cette partie de l'artère était restée primitivement libre pendant que le sang pouvait s'échapper par la mésentérique inférieure ; mais ce dernier rameau étant venu à l'obstruer à son tour, et le cours du sang ayant été suspendu dans cette portion de l'aorte, il s'est déposé rapidement dans cette espèce de cul-de-sac des couches fibrineuses plus molles et plus friables. L'époque de la formation de ce coagulum correspondait peut-être à l'accroissement des symptômes observés pendant les derniers temps de la vie? Ce coagulum, adhérent dans son pourtour à la membrane interne, était, comme nous l'avons vu plus haut, décollé à la partie postérieure où il laissait entre lui et les parois de l'aorte une espèce de canal latéral, dans lequel venaient s'ouvrir trois des artères lombaires ; et il est probable qu'au moyen de cette disposition particulière, une certaine quantité de sang avait continué de passer dans ces derniers rameaux. Mais plus bas, l'interruption au cours de ce fluide était complète, et le décollement minime, et sans issue inférieure, placé entre les plis formés par l'artère contractée, était un accident qui ne mérite aucune considération et qui n'empêche pas que l'oblitération de la terminaison de l'aorte ne puisse être considérée comme parfaite.

L'imperméabilité de l'aorte abdominale une fois bien constatée, quels étaient les moyens de transmission du sang dans le bassin et les membres inférieurs? — Deux

voies existaient : l'une dans les parois de la cavité abdominale, au moyen des anastomoses des mammaires, des intercostales inférieures, des diaphragmatiques et des lombaires avec les épigastriques, les circonflexes iliaques de l'iliaque externe, les sous-cutanées abdominales, les musculaires superficielles de la fémorale, les iléo-lombaires et les fessières de l'hypogastrique. Une autre voie beaucoup plus large et que j'appellerais volontiers viscérale, était fournie à l'entretien de la circulation par les nombreuses anastomoses des branches de l'artère cœliaque, et surtout par les communications plus multipliées, et plus volumineuses encore des rameaux de la mésentérique supérieure avec ceux de la mésentérique inférieure, et de ces derniers avec les branches profondes de l'hypogastrique, telles que les sacrées latérales, les hémorrhoïdales moyennes, les obturatrices, les ischiatiques et les honteuses internes, et enfin de celles-ci avec les ramifications vasculaires des membres inférieurs. Ces deux voies de transmission du sang eussent été, comme on le voit, bien larges, si toutes les artères précitées avaient été parfaitement libres. Mais l'une des branches du tronc cœliaque, l'artère mésentérique supérieure après son premier rameau, la mésentérique inférieure et l'origine de l'hypogastrique étaient elles-mêmes obstruées d'une manière plus ou moins complète. Toutefois, il est probable que ces oblitérations ne s'étendaient pas loin; car la rate n'était point atrophiée; les artères fessières et obsturatrices étaient libres, et les arcades si nombreuses des divisions mésentériques devaient empêcher la formation du caillot dans leur cavité. Ensuite la première branche de la mésentérique supérieure, savoir, la colique droite supérieure était libre, et c'est elle qui, avec la colique gauche supérieure, forme les anastomoses nombreuses connues sous le nom d'arcade de Winslow de sorte qu'il restait encore une voie suffisante au transport du sang dans les branches artérielles situées plus bas. En

exprimant le regret de n'avoir pu constater l'étendue réelle des oblitérations précitées, j'y joins celui de n'avoir pu déterminer le volume des différentes anastomoses dont je viens de parler. En général, dans tous les cas où une circulation collatérale a dû s'établir, les auteurs parlent du développement des vaisseaux qui en deviennent le siège. Cet accroissement de volume avait lieu peut-être dans les anastomoses viscérales; mais on pourrait admettre avec autant de raison qu'il n'existait pas, puisqu'il manquait dans les artères du système pariétal que j'ai recueillies, telles que la mammaire, l'épigastrique, les intercostales inférieures, l'obturatrice et la fessière, et qui, loin d'être plus volumineuses qu'à l'état normal, présentaient même un diamètre inférieur. Cette absence de dilatation tenait-elle à la multiplicité des moyens de communication du sang, ou bien cette disposition doit-elle être regardée comme une espèce de coarctation due à la même cause qui a présidé au rétrécissement d'un grand nombre d'artères naissant de l'aorte?

Si ce fait ne prouve pas d'une manière suffisante que le développement des collatérales n'est pas toujours rigoureusement nécessaire pour l'entretien de la vie dans les parties situées au-dessus d'un tronc artificiellement oblitéré, il démontre jusqu'à un certain point, que cette dilatation peut manquer dans le cas d'oblitération spontanée; il permet du moins de penser qu'elle peut disparaître si elle a existé, et prouve que, dans certaines circonstances données, la circulation capillaire peut suffire sans le concours de gros rameaux anastomotiques notablement développés. Sous le point de vue pratique, si cette observation démontre que le cours du sang peut se trouver complètement interrompu dans l'aorte, chez l'homme, sans entraîner la gangrène ou l'atrophie des parties situées au-dessous, permet-il de penser qu'une constriction *subite* aurait les mêmes résultats? Et, en la rapprochant des autres faits de ce

genre que la science possède, pourrait-on en conclure que la ligature de l'aorte à sa terminaison, comme l'a faite S. A. Cooper, peut être pratiquée avec chance de succès?

Explication de la planche.

Fig. 1.re — Forme extérieure de l'aorte abdominale.

a, Tronc cœliaque.
b, Artère mésentérique supérieure.
c, *c*, Artères rénales.
d, Artère mésentérique inférieure.
e, Artère iliaque primitive droite.
f, Artère iliaque primitive gauche.
AB, CD, niveaux auxquels ont été faites les coupes d'où sont résultées les figures 3 et 4.

Fig. 2. — Aorte ouverte dans une grande partie de son étendue, par une incision verticale pratiquée à sa partie latérale droite au-devant de l'artère rénale.

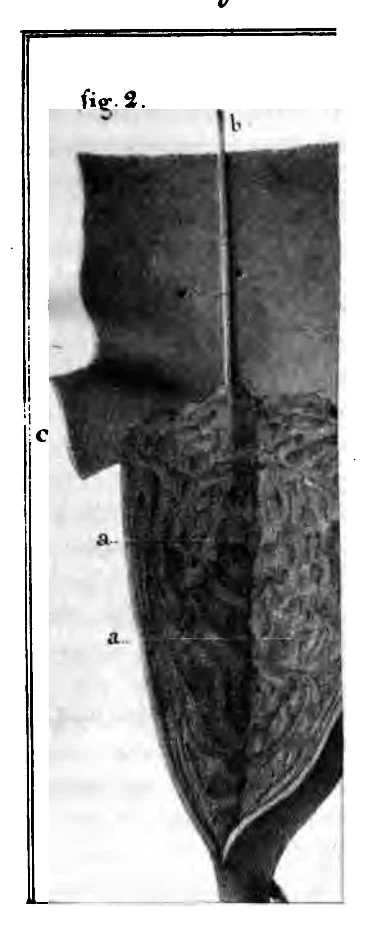
aa, Coagulum rougeâtre s'étendant depuis les rénales jusqu'à la mésentérique inférieure.
b, Stylet introduit dans le décollement situé à la partie postérieure de ce caillot.
c, Artère rénale droite déployée.
d, Tronc cœliaque.
e, Artère mésentérique supérieure.
f, Artère mésentérique inférieure.
g, Artère iliaque primitive droite.
h, Artère iliaque primitive gauche.

Fig. 3. — Coupe antéro-postérieure de l'aorte au niveau de AB (*fig.* 1.re)

a, *a*, Caillot rougeâtre.
b, Infundibulum résultant du décollement situé à sa face postérieure.

Fig. 4. — Coupe antéro-postérieure faite au niveau de CD (*fig.* 1.re)

a, *a*, Tissu ferme qui oblitère l'aorte inférieurement, entouré par les parois artérielles contractées et plissées autour de lui.


fig. 2.
b
c
a
a

Recherches sur les caractères chimiques de la salive, considérés comme moyen de diagnostic dans quelques affections de l'estomac; par le docteur AL. DONNÉ, *ex-chef de clinique de la Faculté.*

La travail que l'on va lire a été entrepris, il y a bientôt deux ans, pendant mon exercice comme chef de clinique à la Charité, dans le service de M. le professeur Bouillaud; j'ai eu depuis lors de nouvelles occasions de vérifier l'exactitude des résultats que j'avais obtenus, et néanmoins je ne comptais pas publier sitôt ce mémoire. Les recherches qu'il contient font partie d'un travail beaucoup plus étendu sur les propriétés chimiques des divers liquides sécrétés dans l'état physiologique, ainsi que sur la composition des différens produits morbides. C'est, comme l'on voit, un essai de pathologie chimique que je tente, essai difficile dans l'état actuel de la science, mais que je regarde comme le complément nécessaire de l'anatomie pathologique.

En attendant que je soumette à la critique toutes les parties de ce travail, qui demande beaucoup d'expériences et de temps, je crois utile de faire connaître avec détail un nouveau moyen dont j'ai déjà dit quelques mots ailleurs, et que je propose pour établir le diagnostic différentiel entre certaines affections de l'estomac que l'on confond souvent encore aujourd'hui. Ce moyen est fondé sur la composition de la salive à l'état normal, et les altérations qu'elle subit par suite des altérations de fonctions de l'estomac.

Au milieu du doute et de l'hésitation générale répandus sur toutes les questions de la médecine depuis un certain nombre d'années, le praticien éprouve souvent un grand embarras dans la manière dont il doit considérer la nature des maladies; il ne sait à quel caractère se confier pour

distinguer celles qui sont de nature inflammatoire de celles qui ne reconnaissent pour cause ni l'irritation, ni l'inflammation. Si cet embarras était purement théorique, s'il ne jetait aucune obscurité sur l'application de l'art, sur la thérapeutique, ce serait un très-petit mal dont notre propre satisfaction aurait seule à souffrir. Mais on sait trop qu'il n'en est pas ainsi, et que le mode de traitement dépend ordinairement de l'idée qu'on se forme de la nature de la maladie.

Il est donc du plus haut intérêt de chercher des bases plus solides à la théorie, que celles qui ont été admises jusqu'ici pour établir les caractères de l'inflammation. On sent que c'est dans la nature même de l'inflammation, c'est-à-dire dans les modifications qui s'opèrent dans les tissus, et probablement dans le système capillaire des organes enflammés, qu'il faudrait chercher les caractères essentiels de l'inflammation. Tant que l'on n'aura pas autrement défini cet état que par la coloration, la tuméfaction, le ramollissement, la chaleur, on restera dans un vague désespérant, puisque l'on est souvent forcé d'admettre l'inflammation indépendamment de ce caractère, et que d'ailleurs ces caractères eux-mêmes ne sont ordinairement appréciables qu'après la mort. Pour ce qui est de l'appréciation des symptômes généraux auxquels on attache l'idée de l'inflammation, elle est bien plus difficile encore et plus incertaine, aussi voyons-nous qu'elle fait journellement le sujet de discussions interminables et sans profit pour la science.

Je ne prétends nullement, dans ce mémoire, donner une définition de la nature intime de l'inflammation, et trancher cette grande question ; je ne l'attaquerai même pas, mais je me contenterai d'indiquer un caractère précis, matériel et facile à vérifier, propre à distinguer, selon moi, les affections gastriques de nature inflammatoire, de celles qui reconnaissent une autre cause.

L'état *saburral gastrique*, admis par les anciens, et par Stoll en particulier, ne nous offre pas aujourd'hui une idée nette et précise que nous puissions exprimer en termes rigoureux. Mais si nous ne pouvons pas donner une définition exacte de cet état, nous ne sommes pas moins forcés de reconnaître qu'il existe de certaines altérations des fonctions de l'estomac, qui ne semblent dépendre ni de l'irritation ni de l'inflammation, et contre lesquelles les rafraîchissans et les antiphlogistiques sont employés avec peu de succès, tandis que les vomitifs et les purgatifs rétablissent promptement les fonctions dans leur état normal. Ces deux états, si différens l'un de l'autre quant à leur nature et quant aux moyens qu'ils réclament, ne se distinguent pourtant pas toujours par leurs symptômes ni par les réactions qu'ils produisent sur les divers appareils de l'économie. C'est moins d'après des règles et des données positives que l'on traite les malades dans ces différens cas, que par tâtonnement ou par une certaine habitude que donne l'expérience. Mais tous nos efforts ne doivent-ils pas tendre à remplacer ce que l'on appelle le tact médical, cette espèce d'instinct tout individuel que l'on ne peut transmettre et qui n'a pas de doctrine, par des principes scientifiques à l'abri de l'erreur, et par des caractères physiques constans, appréciables pour tout le monde? C'est ce que je vais tâcher de faire à l'égard de la gastrite proprement dite, et des autres affections de l'estomac mal définies.

Dans ses réflexions sur les fièvres continues, M. Andral convient « qu'aucun rapport ne saurait être établi entre l'existence des nausées ou des vomissemens, et un état déterminé de l'estomac, appréciable sur le cadavre. D'une part, dit ce savant observateur, nous n'avons pas observé ces deux phénomènes chez plusieurs individus dont l'estomac fut trouvé le plus rouge, le plus gravement affecté; d'autre part, ils se sont montrés chez des malades, dont

l'estomac examiné après la mort, fut trouvé dans un état à-peu-près sain. Ce fait important, que nous avions déjà signalé dans la première édition de *la Clinique*, vient d'être récemment confirmé par M. Louis, etc.... Ainsi l'existence des nausées ou des vomissemens dans les fièvres continues, ne prouve pas qu'il y ait, chez les sujets qui présentent ces accidens, une irritation de l'estomac plus forte que chez ceux qui ne la présentent pas; on ne peut même pas en déduire le simple fait de l'existence de cette irritation.

» Qu'annoncent donc ces phénomènes relativement à la nature de la maladie? Qu'indiquent-ils pour la thérapeutique?

» Ce qui nous semble démontré, c'est que lorsqu'un individu atteint de fièvre continue, vient à être pris de vomissemens sans que la langue rougisse, sans qu'il ait soif, sans qu'il ressente de douleur à l'épigastre, il y a lieu de penser que ce n'est point un accroissement de l'irritation gastrique qui a produit ces vomissemens. Nous ne pensons pas non plus qu'il faille admettre, sans de nouvelles preuves, que ces nausées, que ces vomissemens, qui ne dépendent point d'une irritation de l'estomac, reconnaissent pour cause l'existence de la bile ou de mucosité dans l'estomac, ou ce que Stoll appelait *saburres gastriques*; car, en pareil cas, l'anatomie pathologique n'a pas plus montré ces saburres qu'elle n'a montré la membrane muqueuse constamment rouge ou ramollie. »

Ce que dit M. Andral de l'état de l'estomac dans les fièvres continues, se rencontre également dans des cas moins graves où l'on n'est pas moins embarrassé de savoir s'il y a simplement ce que l'on peut appeler *embarras gastrique*, à défaut d'autre nom, ou s'il y a irritation; et dans ces cas la rougeur de la langue, la soif, la douleur de l'épigastre, ne sont pas des caractères assez constans pour y avoir une entière confiance; aussi le savant professeur que je viens

de citer se contente-t-il de dire, *qu'il y a lieu de penser qu'il n'y a pas irritation*, sans pouvoir l'affirmer. Et plus loin, en parlant du traitement, il ajoute prudemment : « Malheureusement, et il faut le reconnaître, il restera un certain vague dans la détermination pratique des cas où il convient de donner l'émétique, tant que, ne connaissant pas la modification morbide qui disparaît par cet émétique, on n'aura pour guide de son administration que l'examen des symptômes; car, dans leurs nuances infinies, ces symptômes peuvent très-facilement donner le change sur les véritables indications qu'il y aurait à remplir; ils peuvent enfin nous apparaître semblables, leur cause organique étant cependant différente. Voilà sans doute de graves et sérieuses difficultés; mais la première condition de tout progrès, c'est de bien les connaître, et nous croirons avoir rendu quelques services en présentant ces difficultés telles que nous les a données l'observation. »

Ce n'est pas le seul endroit de son *Traité de clinique médicale*, où M. Andral préfère signaler ainsi les difficultés avec sagesse, que de les plier forcément à un esprit de système.

Mon travail n'a point pour but d'apporter de nouvelles lumières sur la *modification morbide* qui disparaît sous l'influence des émétiques; mais je me borne à indiquer un nouveau symptôme que je considère comme caractéristique de l'irritation de l'estomac.

Avant de parler des modifications pathologiques de la salive, il est nécessaire de bien établir ses caractères physiologiques, puisque tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la composition normale de ce fluide.

M. Magendie regarde la salive comme étant « tantôt acide, tantôt neutre, et tantôt fortement alcaline; hors des repas, dit-il, elle est acide; pendant la mastication elle est alcaline; l'acidité disparaît quelquefois dès la première bouchée d'alimens. » (Page 468).

Suivant MM. Tiedemann et Gmelin, dont les laborieuses recherches et les nombreuses expériences sur la digestion méritent une grande confiance, la salive et le mucus de l'œsophage sont *alcalins dans tous les cas*, non seulement dans l'homme, mais dans les différentes classes d'animaux où existent ces fluides.

J'ai fait un très-grand nombre d'essais sur les propriétés de la salive chez l'homme et chez plusieurs animaux, dans toutes les conditions où ils peuvent se trouver. Il en est résulté qu'elle est constamment alcaline et à un degré prononcé, avant, pendant et dans l'intervalle des repas, toutes les fois que les fonctions de l'estomac se font régulièrement. Je ne puis pas dire combien de centaines de fois, pendant l'espace de deux ans, j'ai constaté ce caractère de la salive sur moi-même et sur des individus sains, à toutes les heures de la journée, et je l'ai trouvé toujours invariable; rien n'est donc mieux démontré pour moi que l'alcalinité de la salive dans l'état physiologique, et je suis parfaitement d'accord sur ce point avec les savans physiologistes allemands que j'ai cités. Au reste, c'est un fait si facile à vérifier, qu'il sera toujours possible à chacun de s'assurer de l'exactitude de mes expériences; il suffit d'introduire dans la bouche, et d'humecter avec la salive pendant une minute environ, une petite bande de papier de tournesol rougi par un acide, pour la voir revenir à la couleur bleue.

Les analyses de la salive, faites par différens chimistes, ne sont pas toutes absolument conformes, mais néanmoins on s'accorde généralement à attribuer l'alcalinité de ce fluide à la présence de lactates et d'hydrochlorates alcalins à base de soude: la crystallisation de la salive, examinée au microscope, ne permet pas de douter qu'elle ne contienne aussi de l'hydrochlorate d'ammoniaque; on y reconnaît en effet de nombreux crystaux ayant la forme particulière à ce sel.

Maintenant il est vrai que fréquemment on trouve la salive acide chez certains individus ; mais cette modification tient à une altération particulière de l'estomac, et c'est précisément sur ce caractère que je prétends fonder la distinction de quelques maladies de cet organe.

Et d'abord que l'acidité de salive soit un signe d'affection gastrique, que cet état anormal de la sécrétion salivaire coïncide avec un état anormal de l'estomac, c'est un fait que de nombreuses observations ont mis hors de doute pour moi. Je puis affirmer n'avoir jamais rencontré une seule personne ayant un bon appétit et les fonctions digestives en bon état avec la salive acide ou même neutre. Je ne prétends pas néanmoins que cette règle générale soit à l'abri de toute exception, à Dieu ne plaise ; mais enfin jusqu'à présent je l'ai trouvée constante sur le très-grand nombre d'individus dont j'ai analysé les caractères chimiques de la salive.

Ce fait mériterait déjà quelque considération par lui-même, mais je ne m'en tiens pas là, et je vais chercher à démontrer qu'il est caractéristique de l'irritation et de l'inflammation de l'estomac, et qu'il peut servir à distinguer cet état de quelques autres qui se confondent souvent avec lui par les symptômes ordinaires.

Dans les cas où l'inflammation de la membrane muqueuse gastrique et cet autre état que nous appelons *saburral*, ne se distinguent pas l'un de l'autre par des caractères tranchés tirés des symptômes ordinaires, tels que la couleur de la langue, son enduit, la soif, la douleur épigastrique, etc., il est évident que nous n'avons, dans l'état actuel de la science, que deux moyens pour les reconnaître ; d'une part, l'observation des effets produits par les remèdes employés, tels que les antiphlogistiques ou les purgatifs, les rafraîchissans ou les irritans, les calmans ou les toniques, et d'autre part l'examen anatomique des organes après la mort, en un mot, les caractères thérapeutiques, si l'on

peut dire ainsi, et les caractères pathologiques. Si l'axiôme, *naturam morborum ostendit curatio*, n'est pas toujours rigoureusement vrai, c'est pourtant encore d'après ce principe que se laissent guider les meilleurs observateurs, et c'est lui qui sert de base à la plupart des raisonnemens que nous faisons journellement en médecine pour apprécier la valeur des différens modes de traitement. On peut dire avec vérité, que la médecine repose, presque toute entière, sur l'anatomie pathologique, cette grande conquête des temps modernes, et sur la relation qu'on a établie de tout temps entre la nature des maladies et la manière d'agir des agens thérapeutiques. Nous ne sommes point encore assez avancés dans la connaissance de la nature intime des maladies et de leurs causes, pour nous passer de ces deux principes qui forment la base de l'observation. Tout ce qui sort de là est tellement vague, qu'il ne mérite véritablement pas le nom de science.

Et pour m'appuyer encore de l'opinion de l'un des hommes de cette époque, dont l'esprit me paraît fidèlement représenter l'état actuel de la science, qui exprime avec sagesse et impartialité, ses droits, ses besoins et ses vérités, M. Andral ne procède pas autrement dans ses observations. Veut-il précisément s'éclairer sur la question qui nous occupe, cherche-t-il à savoir si, chez *des individus, présentant la peau jaune, la langue sale, des nausées continuelles, des vomissemens, et en même temps ayant ou non de la fièvre*, l'affection doit être considérée comme étant de nature inflammatoire, ou si elle doit être attribuée à une autre cause : c'est par l'effet des remèdes qu'il établit son opinion. Ainsi, l'avantage qu'il a obtenu, dans quelques-uns de ces cas, de l'administration de l'émétique, le porte à croire que *ces phénomènes dépendent d'un besoin que ressent l'économie de modifier par l'acte du vomissement, soit la sécrétion des follicules muqueux, soit la sécrétion du foie, afin que le sang se dé-*

barrasse ainsi des principes qui en altèrent la composition, soit par leur quantité, soit par leurs qualités.

« Pendant l'été humide qui vient de s'écouler, dit-il (année 1829), plusieurs malades se sont présentés à notre observation dans l'état suivant :

« Après avoir éprouvé pendant quelques jours un malaise général, de la céphalalgie, une diminution progressive de l'appétit, ces individus perdaient leurs forces; leur figure prenait une teinte jaunâtre à laquelle participait aussi un peu la conjonctive; un enduit épais, jaune, vert ou blanc, couvrait la langue, qui était large, et ne présentait de rougeurs en aucun point de sa surface; d'abord, il y avait un mauvais goût dans la bouche, puis revenaient des envies de vomir, et enfin des vomissemens de matières muqueuses ou bilieuses; plusieurs ne pouvaient pas introduire une gorgée de tisane dans l'estomac sans la rejeter sur-le-champ; une sensation incommode de pesanteur existait à l'épigastre; le ventre était d'ailleurs partout indolent et souple, quelquefois cependant légèrement tendu; les selles n'avaient ordinairement lieu que par lavement. En même temps il existait un mouvement fébrile, qui dans la journée était peu considérable, mais qui chaque soir se caractérisait par un redoublement que ne caractérisait aucun frisson, mais que terminait chaque matin une sueur abondante.

« Quelques-uns de ces malades furent soumis à une médecine purement expectante : ils se rétablirent très-lentement. D'autres furent saignés, sans qu'il en résultât pour eux aucun soulagement. Chez un, même, le premier mouvement fébrile qui eut lieu survint la soirée du jour où des sangsues avaient été mises à l'épigastre; chez aucun, ce redoublement ne diminua après les émissions sanguines. Enfin, chez plusieurs, l'émétique fut essayé, et nous fûmes singulièrement frappés du prompt changement en bien qui suivit immédiatement l'administration de ce médicament,

a quelques exceptions près, que nous signalerons tout-à-l'heure. Une fois qu'ils eurent pris l'émétique, et qu'ils eurent abondamment vomi, les nausées et les vomissemens ne se montrèrent plus, le redoublement fébrile disparut; et une guérison rapide eut lieu. Chez trois malades, cependant, il n'en fut pas ainsi; chez l'un d'eux, l'administration de l'émétique ne fut suivie d'aucun changement soit en bien soit en mal. Chez les deux autres, les nausées et les vomissemens spontanés cessèrent aussi, mais la langue rougit et se sécha, le ventre se ballonna légèrement; la teinte jaune de la face, loin de diminuer, augmenta, et un certain air de stupeur se répandit sur la physionomie. Dans ces deux cas, des sangsues furent appliquées à l'épigastre et les malades parurent s'en bien trouver. Il est vraisemblable que chez les trois malades dont nous venons de parler, et surtout chez les deux derniers, il existait un état morbide différent de celui qui avait lieu chez les autres auxquels l'émétique fut administré avec un incontestable avantage. Peut-être sont-ce là de ces cas qu'on rencontre si souvent en médecine-pratique, dans lesquels *des lésions de nature différente, se traduisent cependant par des symptômes identiques.* »

J'ai cité ce passage entier de la *Clinique médicale* de M. Andral, parce qu'il se rapporte merveilleusement au sujet que je traite. Il montre combien le diagnostic différentiel de certaines affections gastriques est encore difficile aujourd'hui, et il m'autorisera, dans les observations que je vais rapporter, à tenir compte des effets du traitement pour juger de la nature de la maladie.

Avant de citer des observations particulières à l'appui de ce mémoire, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails sur le procédé que j'emploie pour reconnaître les caractères chimiques de la salive (1).

---

(1) Quelque soin que je prenne ici pour indiquer la manière de

Après plusieurs essais, je me suis arrêté au moyen suivant qui est le plus simple et le plus commode : Je coupe en petites bandes longues de deux pouces et demi, et larges de trois à quatre lignes, des feuilles de papier réactif, coloré en bleu par la teinture de tournesol, et d'autres petites bandes de ce même papier, rougi par un acide. Les premières me servent à reconnaître l'acidité de la salive, et les secondes son alcalinité (1). J'en place une sur la langue du malade, qui la conserve quelque temps dans la bouche en ayant soin de l'humecter. Le papier bleu étant en général plus sensible que le rouge, est promptement affecté par l'acide lorsqu'il existe. Il suffit qu'il soit humecté pendant un instant pour que la réaction se prononce; il est bon, au contraire, de laisser le papier rouge en contact avec la langue pendant une minute ou deux pour avoir un effet marqué. On pourrait se servir de papiers colorés par un réactif beaucoup plus sensible que le tournesol, mais

---

reconnaître les caractères chimiques de la salive, je n'espère pas être bien compris de suite. On a généralement si peu l'habitude des moindres expériences de chimie, que celle-ci, toute simple qu'elle est, sera sans doute mal faite quelquefois. J'en ai eu dernièrement la preuve. Un interne des hôpitaux m'affirmait avoir constamment trouvé l'opposé de ce que j'avance, pour les caractères de la salive : il avait vu, disait-il, la salive des personnes bien portantes rougir comme un acide le papier bleu de tournesol. Il n'a fallu rien moins pour le convaincre que l'expérience directe répétée à l'instant même sur plusieurs personnes, à l'aide du papier rouge qu'elles n'ont pas tardé de faire passer au bleu. D'autres m'ont dit avoir vu la même salive rougir en même temps le papier bleu et bleuir le papier rouge! Il n'y a rien à répondre à cela. Au reste, je prie les personnes qui voudraient vérifier mes expériences, de s'adresser à moi si elles éprouvent quelque difficulté. Je me ferai un devoir et un plaisir de les répéter avec elles dans les hôpitaux ou ailleurs.

(1) On trouve de ces petites bandes de papiers réactifs préparées pour cet usage, à la fabrique de produits chimiques de M. Quesneville, rue du Colombier, et dans les pharmacies de MM. Blondeau, rue de Condé; Pelletier, rue Jacob, et Richart, rue du faubourg Saint-Martin, N.° 31.

je n'y ai pas trouvé d'avantage, attendu que les nuances ne sont plus alors assez tranchées.

Lorsque la salive est dans son état normal, on voit, ainsi que je l'ai dit, la bande de papier rouge passer au bleu, tandis que dans le cas contraire, la couleur rouge ne change pas. C'est toujours par cette première épreuve qu'il faut commencer. Quand on a reconnu que la salive a perdu son caractère alcalin, on l'essaie au moyen de papier bleu, en plaçant une bande de ce papier sur la langue; alors il arrive de deux choses l'une : ou bien le papier bleu ne change pas non plus, et l'on conclut de ces deux faits négatifs, que la salive n'est ni alcaline ni acide; elle est donc neutre : c'est pour ainsi dire le premier degré de son altération, qui coïncide ordinairement avec un certain trouble des fonctions digestives; ou bien on voit le papier bleu passer au rouge, ce qui indique que la salive est acide. J'ai vu ce fluide passer ainsi par tous les degrés de l'acidité, depuis le plus faible jusqu'à un degré très-prononcé; tantôt le papier bleu rougit très-légèrement, tantôt, au contraire, la salive agit sur lui comme le ferait du vinaigre. Ces différens degrés d'acidité m'ont paru être le plus souvent en rapport avec le degré d'altération de l'estomac (1).

J'ai dû rechercher si la salive seule, qui se trouve en contact avec la langue, était ainsi modifiée, afin de savoir si l'acidité ne devait pas être attribuée au mucus épais, blanc ou jaune qui enduit si souvent la langue, plutôt qu'à la salive elle-même; mais il m'a été facile de m'assurer

(1) Il est nécessaire d'observer que le simple contact de la salive, même non acide, altère toujours un peu la nuance du papier bleu. Cela tient à l'humidité, à l'eau de la salive qui modifie toujours un peu la couleur bleue. Tout le monde en effet sait que les couleurs n'ont pas la même nuance lorsqu'elles sont sèches et lorsqu'elles sont mouillées. Mais un peu d'habitude suffira pour distinguer cette teinte du rouge produit par la réaction de l'acide, et d'ailleurs le papier rouge servira de contre-épreuve.

en mettant les papiers réactifs successivement en contact avec tous les points de la cavité buccale, sous la langue et sur les parois internes des joues, que c'est bien la salive dans sa totalité qui se trouve altérée dans les cas que je signale.

Lorsque la langue des malades est sèche, et recouverte d'une couche noire, épaisse et comme grillée, il est difficile de s'assurer des caractères de la salive dont la sécrétion est pour ainsi dire supprimée, ou qui se dessèche peut-être à mesure qu'elle arrive dans la bouche, par l'évaporation. On peut dans ces cas mouiller avec un peu d'eau la bande de papier avant de la mettre sur la langue, et souvent alors cette précaution suffit pour constater le caractère chimique de l'enduit épais et collant de cet organe.

J'ai vérifié par le même procédé les caractères chimiques de tous les fluides sécrétés par les divers appareils de l'économie, et qui ne sont pas moins susceptibles de modifications intéressantes à étudier que la salive. C'est ainsi que j'ai déjà fait un grand nombre d'expériences, et recueilli beaucoup de faits sur les propriétés de la sueur, de l'urine, de la bile, du mucus intestinal, de la sérosité des diverses cavités séreuses, et sur les altérations de ces divers fluides; il ne sera pas, si je ne me trompe, sans intérêt pour la physiologie et la pathologie, de poursuivre ces recherches et de signaler le rapport qui existe entre certains états morbides et les altérations des fluides sécrétés; peut-être parviendrai-je à démontrer que la production d'acides dans l'économie, est un fait beaucoup plus général qu'on ne le suppose, et une fois ce fait admis, il ne me sera pas difficile d'appeler l'attention sur le rôle important que jouent ces acides dans la formation des produits morbides par leur action sur les divers élémens anatomiques avec lesquels ils se trouvent en contact, et peut-être aussi, par les changemens qu'ils apportent dans les courans électriques que j'ai

découverts entre les principaux organes. Mais, je ne suis pas en mesure de traiter ce sujet d'une façon aussi complète, et je ne veux pas d'ailleurs aborder toutes les questions à la fois. Je ne puis m'avancer dans cette route nouvelle qu'appuyé sur des faits et des expériences exactes; si je parviens à bien établir le fait que je signale dans ce premier mémoire, ce sera déjà un pas qui me servira de point de départ pour aller plus loin dans la suite. Personne, je crois, ne me contestera l'utilité de ces recherches de chimie pathologique; le temps est venu de remplacer les notions vagues que l'on possède sur les altératérations de couleur, de saveur, d'odeur, de consistance des fluides secrétés et des produits morbides, par une appréciation plus positive de leur composition intime; j'espère, à l'aide de ces applications de la physique et de la chimie organique à la pathologie, pouvoir, dans peu de temps, ajouter quelque chose à ce que l'on sait de la formation des fausses membranes, de même que je tâcherai bientôt de remplacer, par des chiffres exacts, les rapports vagues que l'on établit entre la température, la respiration et la circulation dans les maladies.

J'aurais pu, dès-à-présent, chercher à expliquer l'influence exercée par l'acidité de la salive sur les fonctions de l'estomac, et me demander comment l'état de la membrane muqueuse gastrique réagit sur la sécrétion salivaire pour la modifier; mais encore une fois ces questions dépassaient le but de ce mémoire, et je me hâte d'arriver aux observations que j'ai promises pour appuyer ce que j'avance dans ce travail.

J'en vais choisir un petit nombre parmi celles que je possède, les plus propres à démontrer mes propositions. Elles seront divisées en deux séries. La première comprendra les cas dans lesquels on a pu vérifier par l'autopsie les altérations de l'estomac indiquées par l'acidité de la salive et les autres symptômes; dans la seconde, seront rapportés

les cas dans lesquels la manière d'agir du traitement employé et la marche de la maladie, se rapportent aux caractères fournis par la salive. Il suffira, pour le but proposé, de citer ses observations en abrégé.

OBSERVATIONS. — 1.re *série.* — OBS. I.re — Nouveau séjour à Paris : bronchite intense; symptômes de fièvre grave; *acidité de la salive;* traitement par les émissions sanguines et les émolliens; mort, ulcérations nombreuses avec rougeur vive dans la dernière portion de l'intestin grêle; estomac distendu par des gaz; *membrane muqueuse pointillée, ramollie, s'enlevant comme une pulpe dans le grand cul-de sac; injection fine et de couleur noire des vaisseaux dans les autres points, etc.*

Le 23 mai 1833 est entrée à la Charité, salle Ste.-Madeleine, n° 14, une domestique, âgée de 18 ans, brune et d'une forte constitution; arrivée à Paris depuis trois semaines, elle est déjà malade depuis plus de quinze jours. Elle n'est pas d'une bonne santé habituelle, mal réglée; tous les ans, pendant l'été, elle est prise d'accès de fièvre. L'haleine est ordinairement fétide.

La maladie actuelle a débuté par de violens maux de tête, de la toux et de la diarrhée; on lui fit chez ses maîtres deux applications de sangsues, l'une sur le ventre, l'autre à l'anus.

Le 24, à la visite, la malade se présente dans l'état suivant : décubitus dorsal, bronchite aiguë, expectoration d'un mucus épais, gluant; râle muqueux et sibilant dans les deux côtés de la poitrine. La langue est couverte d'un enduit blanc, sans rougeur sur les bords; l'épigastre est très-sensible à la pression; elle a vomi une ou deux fois; le ventre douloureux, sans ballonnement; la diarrhée continue; soif, anorexie, chaleur vive à la peau, pouls fréquent, 110 à 120 pulsations; *la salive est très-acide* (15 sangsues sur le ventre, cataplasme, eau de gomme, diète).

Le 25, même état.

Le 26, la maladie a pris un caractère typhoïde très-prononcé; la stupeur, le délire, les soubresauts des tendons, s'ajoutent aux autres symptômes; *la salive est fortement acide.*

Le 27, la peau et la langue se sèchent; la chaleur est vive, le pouls conserve sa fréquence; *salive acide* (Nouvelle application de sangsues sur le ventre, lavement, etc.)

Le 29, le pouls ne bat plus que cent fois environ par minute. La chaleur de la peau est moins prononcée; *la salive est toujours acide.*

Le 30, langue sèche, grillée; évacuations peu abondantes.

Le 31, la langue ne s'humecte pas; en mettant en contact avec elle une bande de papier bleu mouillée, la couleur ne tarda pas à passer au rouge. La malade comprend bien les questions qu'on lui adresse, et elle y répond avec justesse. Les évacuations sont rares, les matières contiennent de la bile qui tache le linge en vert. Le ventre est douloureux à la pression. Chaleur médiocre; peu de fréquence du pouls; le délire a été léger pendant la nuit. La stupeur est toujours marquée. On prescrit un bain qui doit être donné auprès du lit de la malade; elle y fut mise dans la journée, mais ce bain étant beaucoup trop chaud, les infirmières ajoutèrent de l'eau froide qui tomba sur ses jambes pendant qu'elle y était plongée. La malade poussa des cris, perdit connaissance et fut replacée dans son lit sans être à peine essuyée; elle mourut dans la soirée.

Autopsie faite douze heures après la mort. — Poitrine. La partie postérieure du poumon gauche est gorgée de sang et friable. Le poumon droit est comme carnifié. En l'incisant il s'écoule une grande quantité de sérosité sanguinolente. Les bronches sont rouges, injectées, et contiennent beaucoup de mucus. Le cœur n'offre rien d'anormal.

Abdomen. Les ganglions mésentériques sont tuméfiés, surtout ceux qui se trouvent aux environs du cœcum ; les intestins sont généralement injectés. La partie inférieure du duodénum contient de la bile de couleur jaune et du mucus. La membrane muqueuse de cet intestin offre une vive coloration en rouge qui s'affaiblit en s'approchant du jéjunum ; la fin de cet intestin et le commencement de l'iléon sont de nouveau fortement injectés. Follicules isolés, développés, ainsi que quelques plaques de Peyer autour desquelles on rencontre des ulcérations à bords d'un rouge sanglant. Le nombre des ulcérations va en augmentant à mesure qu'on approche du cœcum ; leur couleur devient livide : les unes sont profondes, les autres superficielles.

La valvule iléo-cœcale est rouge, injectée, boursouflée, fongueuse, ulcérée ; la même coloration existe dans le cœcum et dans les premières portions du colon.

Le foie est volumineux, un peu pâle.

La bile, qui était verte et très-liquide, ayant été examinée au microscope, m'a présentée ce que j'ai trouvé quelquefois, mais seulement dans des cas de fièvres graves, une multitude d'animalcules ayant un mouvement très-animé. Je signale ce fait en passant, pour montrer de quelles altérations les fluides sont susceptibles. J'y reviendrai plus tard, et je rapprocherai ce fait d'autres faits analogues, tels que ceux que j'ai observés dans les matières des cholériques.

L'estomac est distendu par des gaz, et teint en jaune à l'intérieur par de la bile. *Injection pointillée dans le grand cul-de-sac ; la membrane muqueuse y est molle et friable dans une grande étendue. Une injection fine et arborisée, de couleur noire, existe dans les autres points de cet organe.*

OBS. II.e — *Fièvre continue ataxique ;* salive acide; *injection de la substance cérébrale ; sérosité épanchée dans les ventricules ;* injection et ramollissement de la

muqueuse gastrique *dans une certaine étendue.* — Le 29 juin 1833, est entré à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, N.° 21, un garçon cordonnier âgé de 19 ans : cet homme est d'une constitution robuste. Arrivé à Paris depuis deux mois et demi, il se dit malade depuis cinq jours.

Au début, céphalalgie, sentiment de courbature dans tous les membres ; immobilité des traits ; chaleur âcre à la peau ; pouls plein, 115 à 120 pulsations par minute ; parole lente. Le ventre est souple, non douloureux à la pression et sans gargouillement dans la région du cœcum ; pas de vomissement ni de diarrhée. Anorexie, *salive légèrement acide.* (Saignée de quatre palettes ; lavement émol. ; eau d'orge).

Le 30, le sang tiré la veille ne présente pas de couenne. La langue est blanche, sans rougeur sur les bords ; *la salive est un peu acide.* Le mal de tête est moins fort. Il n'y a pas eu de vomissement ni de diarrhée. (40 sangsues sur l'abdomen ; un pot de solut. de sirop de groseille, un pot de chiendent édulc. avec le sirop de gomme ; lavement émol. ; catap. sur le ventre ; diète).

Le 1.er juillet, délire hier dans la soirée ; ce matin le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ; il ne veut pas montrer sa langue ; stupeur très-prononcée. (20 sangsues sur l'abdomen ; tisane, lavement, etc., comme la veille)

Le 2, stupeur moins marquée ; le malade répond aux questions d'une manière juste ; la langue est blanche, humide ; *la salive est assez fortement acide.* La peau, au lieu d'être acide, offre le caractère alcalin d'une manière assez tranchée ; elle ramène au bleu le papier rouge de tournesol humecté. Je ne dirai rien aujourd'hui de cette modification de la transpiration cutanée sur laquelle j'ai fait les mêmes expériences que sur la salive ; les faits que je possède feront l'objet d'un mémoire particulier. Je me

contenterai de dire que cette altération est assez rare; qu'elle est de très-mauvais augure en général, et qu'excepté dans quelques cas que je signalerai, je ne l'ai trouvée que chez des malades que l'on pouvait regarder comme frappés à mort. (16 sangsues aux apophyses mastoïdes; bain tiède, affusions d'eau froide sur la tête; tisanes et lavemens).

Le 3, état comateux profond; continuation des autres symptômes. *Salive acide.* (16 sangsues aux apophyses mastoïdes; saignée de trois palettes; bain tiède avec affusions froides; une vessie de glace sur la tête pendant toute la journée; deux vésicatoires aux jambes; tisanes, etc.)

Le 4, le sang offre un caillot riche en fibrine, sans couenne. L'état comateux n'a pas cessé un instant; le malade ne s'est point réveillé; les paupières de l'œil gauche sont fortement contractées. (20 sangsues derrière les oreilles; bouillon de veau émétisé; sinapismes aux jambes, etc.)

Le malade expire le lendemain à cinq heures du matin.

Autopsie faite 29 heures après la mort. — *Ouverture du crâne.* — Le cerveau remplit exactement la dure-mère; la surface des circonvolutions cérébrales est poisseuse et présente une vive injection.

Les fosses occipitales contiennent environ une cuillerée de sérosité légèrement trouble. L'injection existe à la base du cerveau comme au sommet. La substance cérébrale est pointillée, et le sang en sort par gouttelettes à chaque incision. Consistance ordinaire; la substance grise est fortement colorée.

Le ventricule latéral gauche contient à-peu-près deux cuillerées d'une sérosité un peu trouble; de la sérosité sanguinolente existe dans le ventricule droit. Les plexus choroïdes sont très-injectés; la surface des corps striés offre une injection de vaisseaux très-développés. La protubérance annulaire ne présente rien à noter; il y a seulement une légère injection dans le cervelet.

Poitrine. Les poumons sont sains ; d'anciennes adhérences existent du côté droit ; un peu de rougeur dans les bronches. Le cœur est à l'état normal.

Abdomen. Les intestins ne présentent pas d'injection : les plaques de Peyer ne s'élèvent pas au-delà de la membrane muqueuse. Pas de traces d'injection ni d'ulcérations dans l'iléon et le cœcum : on ne trouve que quelques vers lombrics. Le colon ascendant et le transverse sont assez fortement injectés. La vessie est distendue par de l'urine très-claire.

Etat normal du foie ; un peu de mollesse seulement de son tissu.

La membrane muqueuse gastrique est saine dans les quatre-cinquièmes de son étendue ; elle est blanche et sans injection ; *le grand cul-de-sac offre une rougeur pointillée avec ramollissement pulpeux de sa membrane.*

Obs. III.e — *Nouveau séjour à Paris. Fièvre continue, délire, stupeur ;* salive acide. *Traitement par les émissions sanguines et les émolliens. Mort. Injection et ulcérations des plaques de Peyer.* Injection et ramollissement de la membrane muqueuse gastrique. — Le 8 juillet 1833, est entré à la Charité, salle Saint-Jean-de-Dieu, N.° 18, un tailleur âgé de 19 ans. Arrivé à Paris depuis un an, il n'éprouve ni ennui, ni chagrin, et se nourrit bien.

Il a d'abord commencé par perdre l'appétit, il y a sept jours, puis est survenue une abondante diarrhée sans vomissemens. Lorsque nous voyons le malade, la stupeur est déjà prononcée ; le pouls bat 96 fois par minute ; il y a de l'incohérence dans les idées. *La salive est épaisse et rougit fortement le papier bleu de tournesol.* (20 sangsues sur le ventre ; catapl., lavem. ; tisane d'orge et diète).

Le 9, même état que la veille ; la langue est très-sèche ; la diarrhée persiste, *la salive est acide.* (30 sangues sur le ventre ; lavement chloruré ; solut. de sirop de groseilles ; diète).

Les 10 et 11, le pouls est environ à 110 pulsations par minute; la chaleur de la peau est âcre, surtout sur le ventre; le malade laisse aller sous lui; pas de vomissement; stupeur profonde; plaintes et gémissemens: *la salive est acide.* (Le 10, 12 sangsues dans la région du cœcum; le 11, 15 sangsues au même point; lavement; sirop de groseilles, etc.)

Les 13 et 14, il s'est manifesté une éruption considérable de grosses pustules remplies d'un pus séreux, sur la fesse droite; la langue est sèche et grillée; le ventre ballonné; le pouls *bis-feriens*; l'agitation a été grande pendant la nuit. (2 vésicatoires aux jambes; limon. citrique; lavement d'amidon; deux bouillons).

Les 15, 16, 17 et 18, l'état du malade continue à s'aggraver; les pustules de la fesse se sont affaissées et transformées en ulcérations; la stupeur est moins forte, et il y a moins d'agitation pendant la nuit. Le malade laisse aller sous lui; le pouls s'affaiblit; langue de perroquet. Mort.

Autopsie faite 36 heures après la mort. — Crâne. Le cerveau est d'une bonne consistance; il est volumineux; son poids est de trois livres deux onces.

Poitrine. Les poumons sont sains; le cœur flasque et mou.

Abdomen. Météorisme; les intestins sont distendus par des gaz. Les ganglions mésentériques ont une teinte grise et sont tuméfiés. Follicules de Brunner non développés, pas de rougeur dans le commencement du jéjunum. Plaques de Peyer nombreuses et tuméfiées; quelques-unes parmi les premières que l'on rencontre sont ulcérées, les unes au centre, les autres sur les bords, et environnées d'un cercle rouge et injecté; les dernières plaques offrent de nombreuses et profondes ulcérations. La valvule iléo-cœcale est rongée d'ulcérations. *L'estomac est distendu; sa membrane muqueuse est ramollie, surtout dans le grand cul-de-sac; une vive injection existe aux environs du cardia.*

Obs. IV.° — *Nouveau séjour à Paris; point de côté, frisson, toux. Pleurésie à gauche, pneumonie à droite; tout-à-coup nausées, vomissemens, diarrhée.* Extrême acidité de la salive. *Traitement antiphlogistique énergique; saignées générales et locales répétées. Mort. Epanchement purulent dans la plèvre gauche; hépatisation circonscrite du lobe supérieur du poumon droit.* Injection vive dans l'estomac; ramollissement, désorganisation presque complète de sa membrane muqueuse, etc. *Pas d'ulcérations ni même de rougeur marquée dans les intestins.* — Je ne donnerai pas cette observation, quoiqu'intéressante sous tous les rapports, dans toute son étendue, afin de ne pas alonger inutilement ce travail. Il me suffira de dire que la malade qui en fait l'objet était une jeune fille de 21 ans, arrivée à Paris depuis trois mois, et qui entra le 23 avril 1835 à la Charité, au N.° 6 de la salle Sainte-Madeleine.

Elle avait été prise huit jours auparavant d'une douleur dans le côté gauche de la poitrine, au-dessous des côtes, à la suite de laquelle survinrent des frissons et de la toux; elle avait continué à travailler pendant trois jours et pendant les cinq autres jours qu'elle passa chez elle dans son lit, elle s'était fait appliquer quarante sangsues en trois fois sur le point douloureux; il y avait eu un peu de soulagement. Néanmoins l'épanchement envahit rapidement tout le côté gauche, et bientôt on remarqua du côté droit des symptômes de pneumonie. La maladie fut vivement attaquée par les émissions sanguines générales et locales, les émolliens, vésicatoires, etc. Dans l'espace de moins de vingt jours, on appliqua soixante-cinq sangsues et deux ventouses scarifiées, tant sur le côté gauche que sur le côté droit, sans compter les quarante sangsues que la malade s'était fait mettre chez elle, et outre une autre application que l'on fit à l'épigastre. On lui pratiqua quatre saignées de quatre, de trois et de deux palettes.

Le 27, quatrième jour de son entrée à l'hôpital, les

symptômes paraissaient s'amender du côté de la poitrine; la respiration était assez calme, sans douleur; le point de côté avait disparu; le bruit respiratoire commençait à s'entendre dans le côté gauche; la peau était fraîche; le sommeil avait été bon la nuit précédente, mais le pouls était encore à 120; la langue était recouverte d'un enduit blanc, sans rougeur sur les bords; il y avait des nausées; l'épigastre était un peu douloureux; *la salive avait une acidité prononcée.*

Le 28, même état à-peu-près; la peau est plus chaude que la veille; le pouls a la même fréquence. La respiration revient bien : *salive très-acide.*

Le 29, il est survenu de la diarrhée, de la céphalalgie; les nausées continuent; la chaleur est âcre; le pouls bat de 125 à 130 fois : *la salive est très acide.*

Le 30, la respiration devient de plus en plus libre; le facies est calme; la chaleur médiocre; le pouls ne bat plus que 112 fois; la diarrhée s'est arrêtée, mais il y a eu des vomissemens; la langue est chargée, *la salive acide.* Les vomissemens continuent pendant les jours suivans. La diarrhée ne revient pas. Le 2 mai, la malade a pris deux bouillons coupés.

Le 3 mai, vomissemens bilieux abondans; épigastre douloureux; *salive très-acide.*

Le 4, les vomissemens persistent. 112 pulsations (Douze sangsues à l'épig,; catapl.; lavem. émol.; solution de sirop de groseilles; diète).

Le 6, la malade est extrêmement faible, la peau est très-chaude, la langue est sèche, très-rouge sur les bords; néanmoins le caractère acide de la salive a momentanément disparu; elle est neutre; il n'y a pas eu de vomissement; quelques selles liquides, peu abondantes et bilieuses; délire pendant la nuit; le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux.

Le 7, très-légère amélioration. Pas de selles. *La salive est d'une extrême acidité; elle rougit le papier bleu de*

tournesol comme le ferait du vinaigre. On met 24 grains de magnésie calcinée dans une potion; après l'avoir prise, vers le milieu de la journée, la malade me présente beaucoup moins d'acidité de la salive.

Le 8, la nuit a été très-agitée, néanmoins l'expression du visage est assez bonne; ni selles, ni vomissemens. *La salive est très-acide.*

Le 9, délire pendant toute la nuit. Pouls 120; ni selles ni vomissemens; *salive très-acide.*

Le 11, grande agitation pendant toute la nuit. Mort à neuf heures du matin.

Autopsie faite 24 heures après la mort. — Poitrine. — Epanchement purulent dans la cavité gauche; fausses membranes épaisses recouvrant les plèvres; hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon droit, etc. L'intérieur du cœur, de l'aorte, des artères pulmonaires, de la veine cave et des autres gros vaisseaux, est d'une teinte rouge plus ou moins foncée.

Abdomen. — Il y a quelques follicules développés dans le duodénum, mais sans injection, ni rougeur non plus que dans le reste des intestins; pas d'ulcération. L'estomac est médiocrement distendu par des gaz; il contient à peu près un demi-verre d'un liquide légèrement verdâtre; ses parois sont minces; en aucun point la membrane muqueuse ne présente l'état mamelonné. *Il existe une injection considérable dans toute l'étendue de l'estomac, de vaisseaux rouges ou bruns et arborisés. La rougeur est surtout très-vive le long de la petite courbure et aux environs du cardia;* l'œsophage est blanc, et il n'y a non plus aucune trace de rougeur au pylore ni dans le duodénum; il n'y a d'ulcération en aucun point de la muqueuse gastrique, *mais elle est tellement molle dans presque toutes ses parties, qu'elle s'enlève comme une pulpe, quand on cherche à la détacher; il est impossible d'en enlever le moindre lambeau, etc.*

Je pourrais, si je ne craignais de donner trop d'étendue à ce mémoire, rapporter une observation intéressante de phlébite survenue à la suite d'une saignée du bras dans un un cas de pneumonie. La salive, qui était restée alcaline pendant le commencement de la maladie, devint tout-à-coup d'une extrême acidité en même temps que se déclara la phlébite, et ce caractère persista jusqu'à la mort; l'estomac de ce malade fut trouvé, non point rouge, mais il présentait une injection de vaisseaux de couleur noire, et la membrane muqueuse était considérablement amincie et ramollie dans le grand cul-de-sac.

Dans les quatre observations que je viens de citer, j'ai montré la coïncidence de la lésion de l'estomac, que l'on attribue le plus généralement à ce que l'on appelle l'inflammation, avec l'acidité de la salive; pour compléter cette première série, il faudrait peut-être rapporter des observations dans lesquelles la salive, ayant été trouvée alcaline pendant toute la durée de maladies, telles que pneumonies, pleurésies, encéphalites, etc., l'estomac n'a présenté à l'examen aucune altération analogue; si je ne craignais pas d'être trop long, je n'aurais que le choix à faire parmi les observations de ce genre; j'ai, en effet, rencontré la salive alcaline dans un grand nombre de maladies, et dans plusieurs cas j'ai eu occasion de vérifier sur le cadavre l'état de l'estomac; j'ai encore actuellement sous les yeux deux observations, l'une d'encéphalite, l'autre de pneumonie, dans lesquelles la salive n'ayant subi aucune altération pendant la vie, l'estomac n'a offert aucune altération appréciable ni dans sa couleur, ni dans le développement de ses vaisseaux, ni dans l'aspect et la consistance de ses membranes.

Je n'ai rien dit du caractère chimique des liquides trouvés dans l'estomac lui-même; leur nature dépend de celle des boissons dont les malades ont fait usage, et quelquefois de la présence de la bile; on sait que le suc gastrique est

par lui-même fortement acide; ce fait a été vérifié par un grand nombre d'expériences des chimistes et des physiologistes.

(La suite au prochain Numéro.)

Bulletins de la Société anatomique, rédigés par M. BELL, *Secrétaire.*

NOUVELLE SÉRIE. — N.° 10.

Transposition irrégulière des organes, de droite à gauche; absence de la cloison inter-auriculaire du cœur; ventricule pulmonaire rudimentaire, et ne communiquant pas avec les oreillettes; cloison inter-ventriculaire incomplète; deux veines caves supérieures, et pas de rate chez un enfant qui ne présentait à l'extérieur d'autre vice de conformation qu'un bec-de-lièvre double, et qui a vécu huit jours. Travail lu à la Société anatomique dans sa séance publique, par M. VALLEIX, *docteur en médecine à Paris.*

Un enfant du sexe masculin, né la veille, fut apporté à l'infirmerie des Enfans-Trouvés au commencement du mois de décembre 1834, pour un bec-de-lièvre double avec écartement de près d'un pouce entre l'os inter-maxillaire et l'os maxillaire du côté gauche. Les parties étaient dans un état tel, que la narine gauche et la bouche avaient en avant une large ouverture commune, à travers laquelle on voyait une assez grande portion de la langue. L'os inciscif, très-rapproché du maxillaire droit, était couvert d'un lambeau de lèvre triangulaire, gonflé, adhérent et très-sensible. La portion gauche de la lèvre était fortement unie à

l'os maxillaire, ce qui, joint au grand écartement des parties osseuses, nuisait au rapprochement. La portion droite était très-mobile, et on pouvait très-facilement la ramener vers le tubercule médian. Lorsqu'on faisait ouvrir la bouche à l'enfant, on voyait que l'écartement des os conservait presque toute son étendue jusqu'à l'extrémité de la voûte palatine, et que le voile du palais était partagé en deux moitiés égales dans toute sa hauteur. Cette disposition permettait d'apercevoir en détail les parois de la fosse nasale gauche.

Toutes les autres parties extérieures du corps étaient parfaitement conformées. L'enfant volumineux, très-fort, d'un embonpoint peu ordinaire, avait un cri grave, franc et facile. Il présentait la coloration rouge un peu foncée des nouveau-nés.

Quoique l'expérience ait démontré qu'un pareil bec-de-lièvre ne permet pas une alimentation suffisante, et que l'opération est indispensable dans ce cas, on jugea convenable d'attendre quelques jours avant d'employer ce dernier moyen. Pendant ce temps les fonctions s'exécutaient assez bien ; l'enfant ne témoignait aucune douleur, il dormait paisiblement, ses mouvemens étaient libres et faciles; on ne remarquait point de suffocation, si ce n'est lorsqu'on le faisait boire. Alors, si on n'avait pas soin d'instiller le lait goutte à goutte, sa face se gonflait et rougissait, et il se retirait brusquement en arrière. Ce phénomène fut attribué à la difficulté de la déglutition. La coloration devenait chaque jour plus claire, comme chez les autres enfans; les membres et le corps conservaient leur chaleur, et l'embonpoint n'était pas sensiblement diminué. Les choses se passèrent ainsi pendant huit jours entiers; mais des exemples nombreux ayant prouvé que dans les cas où l'alimentation est aussi difficile, le dépérissement peut survenir rapidement et tuer en peu de temps les malades, M. Thévenot, malgré l'état satisfaisant de l'enfant, jugea

l'opération nécessaire, et je la pratiquai sous ses yeux en présence de M. Auvity et de M. Lediberder, interne à l'hospice des Enfans-Trouvés. Je crois inutile de la décrire; elle fut faite assez promptement, et n'occasionna qu'une perte de sang peu abondante. Pendant sa durée, l'enfant manifesta une vive sensibilité ; mais quelques instans après il se calma. Il ne prit qu'une cuillerée à café d'une potion de quatre onces, dans laquelle on avait mis un gros de sirop diacode, et néanmoins il fut dans un état de tranquillité parfaite pendant environ six heures. A deux heures après-midi, il se manifesta des symptômes alarmans. La respiration devint tout-à-coup très-pénible ; les inspirations brusques, courtes et singultueuses, ne se faisaient plus qu'à de longs intervalles. Le malade restait deux ou trois minutes sans respirer, et un véritable sanglot succédait à ce long repos.

Lorsque je vis le malade avec M. Lediberder, mon collègue, il y avait trois heures qu'il était dans cet état. Nous prêtâmes l'oreille à la région du cœur; M. Lediberder n'en entendit pas distinctement les bruits. En me rapprochant du sternum je les entendis parfaitement ; ils me parurent réguliers et un peu ralentis. Nous ne tirâmes aucune conséquence de ces particularités, et la grande faiblesse de l'enfant ne nous permit pas de prolonger notre examen. Cependant la face, loin d'être livide, paraissait décolorée ; les bras et les jambes étaient légèrement infiltrés.

Tous ces symptômes continuèrent de la même manière jusqu'au moment de la mort, qui arriva le lendemain à six heures du matin.

Je fus d'abord frappé, à l'autopsie, de la position du cœur : sa pointe répondait au cinquième espace intercostal du côté droit, et la base du péricarde était adhérente à la portion droite du centre diaphragmatique. Je crus un instant à une transposition générale des organes, semblables à celles qui ont été trouvées assez fréquemment depuis Rio-

lan (1), qui a écrit un mémoire sur un cas de cette espèce, jusqu'à M. Dubled (2), qui en a inséré une description dans les *Archives générales de Médecine*. Mais je n'ai pas tardé à voir que cette transposition était loin d'être la circonstance la plus remarquable de l'organisation chez cet enfant. Des vices de conformation plus curieux existaient dans plusieurs organes, et la transposition elle-même présentait un assez grand nombre d'irrégularités qu'on n'avait pas remarquées dans les exemples cités.

Le cœur, placé comme je l'ai dit, ne présentait pas dans le milieu de sa face antérieure la rainure longitudinale où sont logées l'artère et la veine coronaire antérieures; l'origine de l'aorte se voyait un peu à droite sur la base des ventricules, la courbure de l'aorte était en sens inverse de l'état naturel, le tronc brachio-céphalique se trouvait à gauche, l'artère carotide primitive et la sous-clavière étaient séparées à droite; le nerf pneumo-gastrique croisait l'aorte à droite, le nerf récurrent avait des rapports semblables. L'aorte descendante suivait le côté droit de la colonne vertébrale, et la trachée-artère était située à la gauche de l'œsophage. Ces organes se trouvaient placés absolument comme dans les cas de transposition latérale régulière, et je ne m'y arrêterai pas. Mais l'artère pulmonaire, au lieu de croiser l'aorte de gauche à droite, en passant au-devant d'elle, comme la transposition générale semblait l'exiger, était située en arrière et un peu à droite de ce vaisseau par lequel elle était en grande partie recouverte, et marchait parallèlement à lui. Elle prenait son origine au côté droit de la base du cœur, où elle était comme confinée et repoussée, de sorte que cette disposition pou

(1) *Disquisitio de transpositione partium naturalium et vitalium in corpore humano. Opuscula varia et nova.* In-12, an. 1652.

(2) *Archives générales de Médecine*, vol. VI, p. 573.

vait déjà faire penser qu'il n'y avait pas dans les cavités du cœur une transposition semblable à celle qu'on avait observée en pareil cas. Le canal artériel et les divisions de l'artère pulmonaire n'offraient rien de particulier. L'aspect extérieur des oreillettes n'était pas ordinaire. Elles formaient derrière les ventricules une poche énorme distendue par le sang, et ne présentant, pour faire distinguer les deux cavités, que leurs appendices très-développés et apparens sur les côtés des ventricules ; à gauche, l'appendice descendait jusqu'à la pointe du cœur. Cette poche couvrait entièrement la face postérieure de l'organe. Les vaisseaux qui venaient s'y jeter étaient loin de se comporter avec la même régularité que les vaisseaux artériels. Ainsi, l'on voyait d'abord deux veines-caves supérieures qui suivaient de chaque côté leur trajet ordinaire derrière le thymus et en dedans du poumon, et parvenaient à la partie postérieure et supérieure de la grande poche qui tenait lieu des oreillettes. Elles s'inséraient un peu en dedans des appendices, l'une à droite et l'autre à gauche. Je n'ai pas vu qu'on eût encore trouvé une semblable disposition. On connaît plusieurs exemples de veine-cave supérieure double. M. Velpeau en a rencontré un cas, Meckel (1) en cite trois dont un lui est propre, et deux sont empruntés à Niemeyer (2) et Bœhmer (3). « En pareil cas, dit Meckel, la veine-cave supérieure gauche descend devant l'aorte, contourne l'oreillette gauche en arrière et en dehors, arrive à la face inférieure du cœur, marche d'arrière en avant dans le sillon circulaire, et gagne l'oreillette droite à la partie inférieure et postérieure de laquelle elle s'ouvre. » Sur le sujet disséqué par M. Velpeau, les choses se passaient de la même manière. Ici, au contraire, les deux veines-caves

(1) *Manuel d'anatomie descriptive*. Tome II, p. 226. (Traduction).
(2) *De fœtu puellari deformi*. Halle, 1814.
(3) *De confluxu triarum venarum cavarum*. Halle, 1763.

suivent absolument la même route que si elles étaient seules. L'erreur de lieu doit être attribuée à la veine droite qui, la transposition existant déjà, aurait dû n'être qu'une simple sous-clavière, et se jeter dans la veine gauche à la partie supérieure de la poitrine. Cette circonstance devait me faire penser qu'il y avait quelques anomalies dans l'organisation des cavités du cœur, et il ne me fut guères permis d'en douter quand je vis que les veines pulmonaires pénétraient à droite dans la poche auriculaire commune, et que la veine-cave inférieure, après avoir suivi un trajet anormal sur le côté gauche de la colonne vertébrale, se jetait à la partie inférieure et un peu à gauche de la même cavité, tandis que l'origine de l'artère pulmonaire était à droite. La dissection du cœur me fit voir que je ne m'étais pas trompé. Une incision, en forme de V, pratiquée sur la partie antérieure et droite de la portion ventriculaire, tomba sur une cloison incomplète qui séparait les deux ventricules. Le gauche était très-vaste, et avait des parois assez épaisses; une valvule à trois pointes le séparait de la poche auriculaire; à la droite d'une division de cette valvule, on trouvait l'orifice de l'aorte qui était fermé par elle dans la dilatation du ventricule. Un peu plus à droite encore, se trouvait une ouverture ovalaire qui pouvait permettre l'introduction du petit doigt. Elle était pratiquée à la partie supérieure et un peu antérieure de la cloison interventriculaire qui ne se prolongeait pas jusqu'à la pointe du cœur. Cette ouverture faisait communiquer le ventricule aortique très-vaste, avec le pulmonaire très-petit, situé tout-à-fait à droite, un peu en arrière, et ne présentant d'autre orifice que celui de l'artère pulmonaire. Il n'avait aucune communication avec les oreillettes ni avec les veines, et semblait plutôt une cavité formée par le dédoublement de la paroi du ventricule gauche qu'une cavité naturelle; en un mot il se trouvait isolé, loin de sa place, séparé de ses connexions normales, ce qui avait nécessité

l'ouverture de la cloison interventriculaire, par où seulement il pouvait recevoir le sang qu'il devait lancer dans l'artère pulmonaire.

A travers le grand orifice auriculo-ventriculaire, on distinguait sur la paroi postérieure d'une vaste oreillette, un repli médian et longitudinal qui était le rudiment de la cloison inter-auriculaire. Ce repli seul servait à distinguer l'oreillette droite de la gauche, et les orifices des vaisseaux s'y trouvaient dans le sens de leur insertion extérieure, c'est-à-dire, qu'on y voyait l'ouverture d'une veine-cave supérieure de chaque côté, que celle de la veine-cave inférieure était en bas et un peu à gauche de la cloison rudimentaire, et que les veines pulmonaires s'ouvraient toutes à droite, de sorte qu'il était évident que l'oreillette à sang rouge se trouvait à droite du même côté que le ventricule à sang noir, et qu'elle recevait, contre toutes les lois de l'organisation, une veine cave qui lui apportait du sang veineux. L'oreillette à sang noir, placée à gauche, recevait une veine-cave supérieure et la veine-cave inférieure comme dans l'état naturel; mais elle ne communiquait directement qu'avec le ventricule aortique dans lequel tout le sang devait passer; le mélange du sang artériel et veineux était donc nécessaire et complet.

Voilà déjà une grande différence entre ce sujet et ceux qui ont été décrits par Riolan (1), Méry (2), Blégny (3), Bichat, Meckel, et plus récemment par MM. Serres (4), Baron (5) et Dubled (6). Dans tous ces cas, en effet, les cavités du cœur étaient bien séparées, et il n'y avait d'autre

---

(1) *Loco citato.*

(2) *Observ. sur le déplacement général dans un homme.* Acad. royale des Sciences, tome II, *Mém.*, p. 44.

(3) *Zod. gal.* Juin, ann. 2, obs. 9, p. 129.

(4) *Archives*, vol. XVI, p. 124.

(5) *Id.* vol. X, p. 131.

(6) *Id.* vol. VI, p. 578.

anomalie que le passage des cavités droites au côté gauche. Il semble ici qu'il y ait eu une tendance à ce passage; nous voyons en effet plusieurs vaisseaux se rendre à gauche, qui dans l'état normal sont à droite. Mais le ventricule droit n'a pas suivi l'impulsion générale; et de là plusieurs défauts essentiels dans l'organisation. Si nous admettions la manière de voir de Lemery (1) qui, ayant avancé que toute monstruosité est le résultat d'une altération des germes, en était réduit à prétendre que la transposition n'était pas un état monstrueux, nous serions forcés de dire que la seule monstruosité ici, consisterait en la présence d'un ventricule pulmonaire et d'une veine-cave supérieure à droite, c'est-à-dire, que les seules parties qui se trouvent à peu près à leur place naturelle, y sont par une erreur de la nature. Si nous reconnaissons, avec la plupart des auteurs, que la transposition est une monstruosité, il restera toujours démontré que la position des cavités à sang noir a occasionné une monstruosité beaucoup plus grave, puisqu'elle a causé un mélange anormal des deux sangs, en n'obéissant pas à la loi exceptionnelle que l'organisation s'était imposée par la transposition du centre de la circulation.

Malgré l'existence rudimentaire des différentes cavités, il n'en est pas moins certain que la circulation de cet enfant ressemblait à celle des batraciens, et qu'il était, sous ce rapport, dans le même cas que les sujets cités par M. Bérard dans le *Dictionnaire de Médecine* d'après la dissertation de M. Paget (2), par Mauron (3) et par M. Breschet (4), et chez lesquels il n'existait qu'une seule oreillette et qu'un seul ventricule.

(1) *Mém. de l'Académie des Sciences*, de 1704 à 1726.

(2) *Dict. de Méd.*, 2.e édit., art. *Cœur.*

(3) *Diss. sur les vices d'organisation congénitaux du cœur.* Edimbourg, 1831.

(4) *Archives*, tome XIX, p. 256.

Ce mélange des deux sangs était en effet aussi complet et aussi inévitable. Sous un autre rapport, il semble d'abord qu'il y a une très-grande identité entre le fait que je rapporte et celui qui est cité dans le tome 8.ᵉ des *Archives* (1); mais il y a cette grande différence, que dans le dernier cas il existait un défaut de communication du ventricule droit avec son oreillette, par suite de l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire, tandis que dans le premier, ce défaut de communication est occasionné par une séparation des parties qui a entièrement changé leurs rapports où l'on voit que le ventricule droit ne communiquait pas avec les oreillettes.

Quand on se rappelle l'état de l'enfant pendant la vie, et l'absence absolue des symptômes de la cyanose, on voit que ce fait vient à l'appui de ceux qu'on a déjà opposés en assez grand nombre aux auteurs qui ont placé la cause de cette affection dans la communication des cavités droites et des cavités gauches du cœur. L'enfant n'était suffoqué qu'aux momens où on le faisait boire, ce qui est commun à tous ceux qui sont affectés de bec-de-lièvre avec écartement des os; sa coloration était bonne, ses mouvemens vifs et forts; en un mot, rien qui ressemblât à cet état de prostration et de suffocation qu'on remarque chez les individus affectés de cyanose. Ici, on ne peut pas dire, comme l'ont fait quelques auteurs, que la direction des courans sanguins et les contractions des diverses cavités pourraient s'opposer au mélange du sang artériel et veineux, puisque les vaisseaux qui apportaient ces deux espèces de sang étaient tellement disposées, que quand même ces deux liquides n'auraient pas été forcés de traverser ensemble le ventricule aortique, le mélange se serait

(1) *Archives*, tome VIII, p. 274. Deux oreillettes communiquant ensemble, deux ventricules ayant également une communication, et point d'orifice auriculo-ventriculaire du côté droit.

infailliblement opéré dans l'oreillette. Ce fait seul suffirait pour renverser l'opinion de Meckel (1), de M. Gintrac (2), etc., qui croyaient que le mélange des deux espèces de sang suffisait pour produire la cyanose. On ne saurait regarder cet état que comme une cause prédisposante, qui ne peut avoir d'action qu'en déterminant de la gêne dans la respiration et la stase du sang veineux. Les symptômes observés à la fin de la vie avaient un caractère nerveux très-prononcé, et ne paraissent pas devoir être rapportés à l'état du cœur; car, d'une part, on sait que chez les très-jeunes enfans, de pareils phénomènes ont été souvent notés à la suite des opérations, ou dans des affections douloureuses, et de l'autre, il manque un symptôme essentiel : la coloration bleue de la peau. Les organes contenus dans l'abdomen ont offert des anomalies non moins remarquables. Au premier abord le foie ne paraissait pas transposé : il occupait, il est vrai, les deux hypocondres, disposition commune chez les enfans naissans; le lobe gauche paraissait moins épais que le droit, comme cela a lieu ordinairement; mais en y regardant de plus près, on trouvait une transposition des parties constituantes de l'organe. La vésicule biliaire se trouvait à la gauche de la veine ombilicale, qui entrait dans l'organe très-près de l'extrémité droite de son bord antérieur; et comme nous avons vu que la veine-cave inférieure perçait le diaphragme à gauche, il s'ensuit que le sillon longitudinal avait une direction oblique de droite à gauche et d'avant en arrière, pour aller retrouver le canal veineux, ce qui, joint au trajet de la veine avant d'entrer dans le foie, devait lui faire faire une angle saillant à droite. La vésicule du fiel avait son volume ordinaire et était distendue par la bile. La veine-porte entrait dans le foie par l'extrémité gauche transver-

(1) *Manuel d'anatomie descriptive*, tome II, p. 308. (Trad.)

(2) *De la Cyanose ou maladie bleue*. Thèses de Paris, 1814.

sal. Cet état des diverses parties du foie se retrouve dans toutes les observations de transposition latérale publiées jusqu'à ce jour, et je ne peux m'empêcher de faire une réflexion à ce sujet. On sait que la plus forte objection qu'on ait faite à ceux qui expliquent les monstruosités par un développement arrêté, ou par une destruction morbide, est tirée de cette transposition de droite à gauche. Leméry levait la difficulté en disant qu'en pareil cas il n'y avait pas monstruosité. Les auteurs qui l'ont suivi n'ayant pas adopté cette explication, il a fallu en chercher une autre. Mais a t-on eu raison de dire, comme M. Andral (1) entr'autres, l'a fait dans le *Dictionnaire de Médecine*, que dans les premiers jours de la vie intrà-utérine, les organes n'ayant aucune inclinaison à droite ou à gauche, on pouvait concevoir qu'ils prissent une position inverse de celle qu'on leur voit ordinairement? Cette explication ne serait bonne que s'il n'y avait qu'un simple changement de lieu, mais nous avons vu que très-souvent on avait trouvé à droite les cavités gauches du cœur; ici nous voyons le lobe droit du foie passé à gauche, et bien plus, chez l'enfant dont il est ici question, il n'y avait pas même changement de position, puisque la partie la plus grosse du foie, quel que soit le lobe auquel elle appartenait, était logée dans l'hypocondre droit. Je pense donc qu'il est impossible de faire entrer la transposition latérale dans la théorie des arrêts de développement.

J'ai dit que l'œsophage suivait la partie droite de la colonne vertébrale. Ce conduit perçait le diaphragme à droite où l'on voyait le cardia; la petite courbure de l'estomac regardait un peu à gauche, le pylore était situé au-devant de la colonne vertébrale, et le duodénum présentait sa concavité à droite. L'intestin grêle était placé dans le flanc gauche ou l'on ne trouvait pas le cœcum, quoique ce fut là sa place

(1) *Dict. en* 21 *vol.*, art. *Monstres.*

par suite de la transposition. Ce dernier organe, n'ayant pas de repli particulier du péritoine, retenu simplement par le mésentère comme l'intestin grêle, commençait dans la fosse inguinale droite, où l'on voyait son appendice vermiculaire; de là, il remontait en haut en se recourbant légèrement à gauche; mais, arrivé à la colonne vertébrale, il formait une anse, se repliait sur lui-même, donnait naissance au colon qui redescendait en formant des circonvolutions dans le flanc droit, et se terminait par l'S iliaque située à droite. On voit en outre ici une irrégularité qu'on n'avait pas encore trouvée; car, jusqu'à présent, dans toutes les transpositions latérales, on avait vu le cœcum à gauche et l'arc du colon suivre un trajet régulier, quoique en sens inverse du trajet naturel.

Enfin, le vice de conformation le plus curieux était l'absence de la rate. Tous les auteurs s'accordent à dire que c'est un fait extrêmement rare, quand il n'y a pas acéphalie. Je vais plus loin, et je crois pouvoir annoncer qu'on n'en avait pas encore vu d'exemple (1). Parmi les faits cités, il n'y en a que deux qui, de l'avis de Heusinger (2), puissent être rangés dans cette catégorie. Ce sont ceux qu'ont rapportés Lémery (3) et Schenck; il me suffira de les analyser, pour montrer combien ils sont peu concluans.

L'observation de Lémery a pour objet une petite fille qui vécut huit jours, et qui était si belle, dit-il, que Lebrun avait voulu la peindre. Toutes les parties de son corps étaient bien conformées, si ce n'est qu'il n'y avait ni foie, ni rate, ni intestin; mais une masse charnue, qui occupait leur place, qui communiquait avec l'estomac et n'avait pas d'ouverture vers le fondement. N'est-il pas plus que pro-

---

(1) Lorsque j'ai avancé ceci, je ne connaissais pas l'observation de M. Martin, consignée dans le 3.e *Bulletin de la Société anatomique*, 1.re série. 1826.

(2) *Journal compl. des Sciences méd.*, tome X, p. 216.

(3) Louis Lemery, *Mém. de l'Académie des Sciences*, ann. 1704, *Hist.*, p. 21.

bable que, par suite d'une maladie développée pendant la vie intrà-utérine, il y avait eu une altération organique des viscères abdominaux et une agglomération de ces parties, qui ne permettaient pas de les distinguer.

Dans la seconde observation, prise sur un homme mort d'hydropisie ascite à l'âge de 52 ans, il n'y avait également ni foie, ni rate, mais la grande masse du canal intestinal était charnue et beaucoup plus dure que la substance musculaire. La veine-cave naissait du canal intestinal à peu près de la même manière qu'a coutume de le faire la veine-porte. Ici l'altération pathologique paraît encore plus évidente; je ne m'arrêterai pas à le démontrer, il me suffira de citer l'opinion de Haller sur ce fait. Voici ses paroles : *Ubi tandem credas connatorum viscerum confusam massam incisori impossuisse* (1).

Chez mon sujet tout est bien disposé : le cerveau examiné avec attention, a été trouvé parfaitement conformé, et cependant on ne rencontre pas le moindre vestige de rate, ni dans l'hypocondre droit, ni dans le gauche. Pour lever tous les doutes, le tronc cœliaque a été disséqué, et j'ai vu qu'il consistait en une artère longue d'un pouce environ, qui fournissait par sa bifurcation l'artère hépatique et la mésentérique supérieure ; l'hépatique donnait une branche qui se portait vers la grande courbure de l'estomac, mais il n'y avait pas d'artère splénique, et la veine-porte qui, remontant de fort bas dans un repli du mésentère où elle recevait par sa partie antérieure les veinules venant de l'intestin, n'était, à proprement parler, que la continuation de la mésentérique, et ne recevait pas de veine splénique. Toutes ces circonstances mettent hors de doute l'absence congénitale de la rate sur un sujet qui n'est privé d'aucun autre organe, fait unique dans la science.

Je ne crois pas, que dans l'état actuel de nos connais-

(1) *Élément. physiol.*, vol. VI, p. 388.

sances, la physiologie puisse tirer de grandes lumières de ce fait, pas plus qu'elle n'a été éclairée par les expériences et les opérations pratiquées dans le but de faire connaître les fonctions de la rate. Cet organe, en effet, n'étant pas indépendant, et de l'avis de tous les auteurs, quelle que soit leur opinion, n'agissant que comme auxiliaire, on conçoit que les efforts de l'organisme puissent se passer de son secours. Aussi, quoiqu'il n'y eût pas de veine splénique, la vésicule du foie n'en était pas moins pleine de bile, dont on voyait la couleur verte et dont on sentait la fluctuation au travers des membranes, et rien n'avait annoncé pendant la vie que la digestion ou la sanguification eussent souffert.

Tumeur cancéreuse de la fosse occipitale comprimant le cervelet, la moelle, et la plupart des nerfs qui se distribuent au côté droit de la face; par M. Boyer, *interne des hôpitaux.*

Le malade qui fait le sujet de cette observation, âgé de 33 ans et marchand de vins de profession, paraissait, lors de son entrée à l'hôpital, doué d'une assez bonne constitution : il n'avait souvenir que d'une seule gonorrhée qui avait cédé après deux mois de traitement, et de quelqnes douleurs rhumatismales qu'il attribuait à son fréquent séjour dans des lieux humides. Il rapporte l'origine de son mal à une chute qu'il fit il y a quatre ans dans un escalier de cave, où il fut renversé par une pièce de vin qui lui passa, dit-il, sur le corps. Depuis lors, il fut sujet à de fréquens maux de tête, qui se reproduisaient à des intervalles variés et qui duraient plus ou moins long-temps chaque fois; ces maux de de tête occupaient toute la périphérie du crâne; la vue, encore libre, ne peut se fixer long-temps sans fatigue sur le même objet. L'ouïe est saine, les sens du goût et de l'odorat ne présentent aucune altération, les mouvemens des

diverses parties de la face s'exécutaient comme à l'état normal; il n'existe aucune altération de la sensibilité ni de la motilité dans les membres. La céphalalgie persiste spécialement fixée aux deux régions sus-orbitaires.

Antérieurement à son entrée à l'hôpital, il a été soumis à un traitement, consistant d'abord dans des applications réitérées de sangsues aux apophyses mastoïdes, ensuite dans des embrocations de suif à demi-fondu sur tout le cuir chevelu.

2 avril. A son entrée, on lui administra une potion opiacée. Le lendemain on prescrit : julep gommeux, pédiluve sinapisé, lavement avec miel mercurial ℥ij, exutoire avec la pommade ammoniacale sur le sommet de la tête; le 8 on pratique un séton à la nuque.

Les choses restent à peu près dans le même état jusqu'au 17. Mais alors on remarque que les yeux sont larmoyans, la vue un peu trouble, la céphalalgie plus violente, surtout dans le côté droit de la tête, les moindres mouvemens exaspèrent la douleur, il existe un peu de constipation (Sécher l'exutoire; 10 sangsues derrière chaque oreille; lavement émollient).

18. Un peu moins de douleur, plus de calme.

22 et 23. Malaise continuel, pouls vif et fréquent, face animée, constipation.

24. On aperçoit un érysipèle qui environne le séton, et s'étend de la racine des cheveux à la partie supérieure du dos; le pouls est fréquent; la constipation persiste (Supprimer la mèche du séton; lavement avec huile d'olive ℥iij; diète).

L'érysipèle reste borné aux parties qu'il avait envahies le premier jour; dès le 25 on le voit pâlir, le 27 il avait entièrement disparu. En même temps les douleurs de tête paraissent se calmer, et le malade veut sortir de l'hôpital dans les premiers jours du mois de mai, se flattant d'une guérison qui ne fut pas de longue durée.

24 septembre. Le malade rentre à l'hôpital; mais les

cinq mois qui se sont écoulés depuis sa sortie ont amené un grand changement dans son état. Il est plus maigre, la face a pris un air étonné qu'elle n'avait point. Il existe une vive douleur fixée à la partie postérieure du crâne. L'œil droit offre un commencement d'amaurose; la commissure labiale droite est paralysée; le timbre de la voix est nasonné; l'articulation des mots difficile, ce qui donne à la parole un caractère étrange. La déglutition est parfois gênée; le malade dit avoir éprouvé quelques fourmillemens, quelques lassitudes dans les membres, sans spécifier à cet égard aucune différence entre les deux côtés du corps. *Pas de fièvre* (Séton à la nuque; arnica, deux pots; trois soupes).

28. Deux grains de calomel.

29. Selles abondantes; un peu de diminution de la douleur (On cesse l'usage du calomel, bouillon aux herbes).

30. La douleur a disparu, mais la paralysie dont elle était accompagnée persiste toujours.

Le malade reste dans cet état jusqu'au 14 octobre; alors il demande à sortir, mais dans la journée la douleur reparaît avec intensité fixée toujours à la même partie postérieure de la tête.

15 octobre. La douleur persiste, la bouche paraît plus fortement déviée à gauche; la commissure droite, immobile, pendante, ne réagit pas sur l'air qui la pousse pendant la respiration, la parole paraît plus difficile, le langage du malade est presque inintelligible; pouls fréquent et développé; au milieu de cette exagération des symptômes de la maladie, aucun phénomène morbide ne se manifeste du côté des organes respiratoires et digestifs (Saignée, gomme, 3 pots; julep; lav. émol.; diète).

18. Moins de fièvre, moins de douleurs, quelques engourdissemens dans le bras droit (Bouillon aux herbes; calomel gr. ij).

21. Agitation, idées fantasques; la sensibilité est très-obtuse dans tout le côté droit de la face; le malade sent à

peine lorsque de ce côté on le pique avec une épingle. La perception des saveurs est également fort obtuse; le malade prend des confitures pour du sel, il ne retire pas la langue lorsqu'on la pique profondément avec une épingle du côté droit.

L'œil droit peut lire avec assez de peine des lettres assez grosses E; l'œil gauche est frappé de cécité absolue; l'ouïe est saine; on n'expérimente point l'état du sens de l'olfaction. La paralysie des muscles du côté droit de la face persiste et est complète dans les actes de la respiration, de la parole, du rire, du baillement, mais la commissure droite se meut encore dans la mastication, la langue n'est pas déviée.

23. Même état; engourdissement et faiblesse du bras droit; odorat anormal.

24. La langue paraît se dévier un peu à droite.

25. Salivation; on cesse l'usage du calomel; gargarisme émollient opiacé.

30. La salivation diminue; il existe quelques ulcérations superficielles à la face inférieure et sur les bords de la langue; même douleur, mêmes symptômes cérébraux.

3 novembre. Vomissemens abondans (Eau de Seltz, une pinte).

Les vomissemens se calment pendant quelques jours: ils reparaissent le 7, le 8 et le 9, et cèdent à l'emploi de glace prise par petits fragmens.

12. Délire une partie de la journée (Diète).

14. Même état; le malade se plaint de persécutions imaginaires, prétend n'être plus malade, veut sortir de l'hôpital, dit ne plus sentir de douleur. Mêmes symptômes de paralysie.

15 et 16. Plus de calme, moins de délire.

20. Pas de fièvre, pas de douleur; les deux commissures paraissent presque également mobiles; parole plus facile; la vue est toujours dans le même état.

Les mouvemens des deux commissures persistent; la

parole resté plus facile; la sensibilité est toujours abolie.

10 décembre. Amaigrissement, facies égaré, un peu de diarrhée (℥ gom., julep, 3 bouillons).

24. Epistaxis, langue noirâtre, selles fréquentes, pouls développé; diète).

25. Respiration bruyante embarrassée.

26. Mort à midi.

Autopsie le 28, à dix heures du matin. — Parois du crâne peu épaisses, fragiles; membranes saines, cerveau un peu piqueté, ventricule contenant quelques cuillerées de sérosité limpide, pédoncule droit du cerveau soulevé par la tumeur dont nous allons donner la description.

Cette tumeur, du volume d'une très-grosse noix, ovoïde, brunâtre dans quelques points, jaunâtre dans d'autres, paraissant formée par un kyste à sa partie supérieure, est logée dans la partie antérieure de la face occipitale droite sous la tente du cervelet, en dedans du rocher, paraissant oblitérer en partie l'ouverture de la tente du cervelet et le trou occipital. Cette tumeur est en rapport en dedans avec la face externe du pédoncule droit du cerveau, de la moitié droite de la protubérance annulaire, et en arrière avec la face antérieure du lobe droit du cervelet. Ces parties, refoulées par la tumeur, offrent à leur surface une excavation superficielle qui loge la tumeur. Celle-ci n'y adhère que fort peu au moyen d'un tissu cellulaire très-lâche et s'en sépare facilement. Dans le point où cette espèce de cavité est formée par le cervelet, on voit à nu sa substance blanche. Quelques lames applaties, atrophiées, se voient à la surface, recouvertes par l'arachnoïde saine. Cette tumeur se prolonge un peu dans le conduit auditif interne qui a subi une dilatation considérable; elle adhère au périoste de la partie postérieure de ce conduit, au-delà duquel elle semble prendre ses racines dans la substance osseuse.

Le nerf facial droit, comprimé par la tumeur, depuis son origine jusqu'à l'aqueduc de Falloppe, est mince, grisâtre, paraît réduit à son névrilemme.

Le nerf acoustique, complètement détruit, vient se perdre après un court trajet en adhérant à la partie externe de la tumeur.

Les nerfs pneumo-gastrique, glosso-pharyngien et spinal, sont un peu comprimés par la partie inférieure, postérieure et interne de la tumeur : ils n'ont pas subi d'atrophie sensible.

Le nerf pathétique paraît alongé, sinueux, ainsi que le moteur oculaire commun et le trifacial; il est refoulé en haut, accolé à la partie supérieure de la tumeur, aminci, grisâtre, paraissant réduit à son névrilemme.

De plus, le moteur oculaire commun, dans l'étendue de deux lignes, offre un étranglement transversal gris comme s'il eût été fortement serré entre les mors d'une pince.

Le moteur oculaire externe est aplati et atrophié sur la partie externe de la tumeur.

Le nerf optique comprimé en arrière de la commissure adhère un peu à la tumeur sans avoir subi d'atrophie sensible.

La substance de la tumeur paraît formée à sa partie supérieure et interne de kystes contenant, les uns de la sérosité, les autres des caillots sanguins plus ou moins foncés. Dans les autres points elle est formée d'un tissu grisâtre médiocrement dur, assez vasculaire, gélatiniforme, en quelques points offrant un aspect analogue à celui de la substance cérébrale elle-même.

Thorax. — Cœur sain.

Poumon gauche hépatisé en rouge dans son lobe inférieur, offrant, disséminés dans ses deux lobes, des tubercules grisâtres ressemblant assez à de l'hépatisation grise.

Poumon droit simplement hépatisé en rouge.

Abdomen. — Foie sain; rate petite, de consistance normale. Rien dans les reins. Deux ulcérations peu étendues dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Quelques rougeurs dans les parties les plus déclives des intestins.

Réflexions sur l'observation précédente ; par M. Fleury.

La compression qu'éprouvaient les nerfs encéphaliques avait lieu à droite ; les lésions fonctionnelles des organes auxquels ils allaient se distribuer devaient aussi exister du même côté. La disposition de la tumeur, par rapport aux parties, a bien rendu compte de la plupart des symptômes observés, mais elle n'a pu tout expliquer.

Le malade distinguait à peine les objets du côté droit, mais à gauche il existait une cécité complète. Ce fait semblerait venir à l'appui de l'opinion des physiologistes qui admettent l'entrecroisement des nerfs optiques ; en le supposant exact, on ne pourrait expliquer l'amblyopie qui existait à droite, que par la compression et la paralysie du nerf trifacial de ce côté.

L'odorat était conservé : M. Boyer ne dit point si la perception des odeurs avait lieu également des deux côtés, circonstance importante à noter pour savoir jusqu'à quel point le nerf olfactif pouvait fonctionner sans le secours des rameaux qu'envoie aux narines le maxillaire supérieur. Les muscles auxquels vont se distribuer la troisième, la quatrième, la sixième, la septième paires étaient paralysés.

L'ouïe était conservée de ce côté. En supposant le fait exact, il serait difficile à expliquer, puisque le nerf acoustique était entièrement détruit.

En outre, la langue avait perdu sa faculté gustative ; la voix était rauque, l'articulation des mots gênée, la déglutition difficile ; phénomène qu'explique bien la compression des nerfs lingual, grand hypoglosse, glosso-pharyngien et pneumo-gastrique. La compression de ce dernier nerf n'avait amené aucune gêne dans les fonctions respiratoires.

Pendant la dernière période de la maladie il était survenu des vomissemens, mais les ulcérations qu'a présentées la membrane muqueuse de l'estomac suffisaient pour en ren-

dre compte, ils auraient pu d'ailleurs être sympathiques, et se lier à la présence de la tumeur, comme on en observe si fréquemment dans les maladies de ce genre.

On a de plus observé de la faiblesse dans le membre supérieur du même côté ; cependant la tumeur ne s'engageait point dans le trou occipital, et ne pouvait exercer aucune compression sur l'origine des nerfs qui forment le plexus brachial. Il est à regretter que l'on n'ait point ouvert le canal vertébral, et examiné la moelle épinière et les nerfs qui en partent ; les lésions qu'on y aurait peut-être trouvées auraient pu rendre compte du phénomène observé.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Considérations sur les abcès du cou, suivies de quelques observations; par R. Froriep, *de Berlin* (1).

Considérations anatomiques. — Le tissu cellulaire du cou se continue, à partir de la partie supérieure de cette région, au-dessous de la mâchoire inférieure, dans trois directions principales : 1.° au côté interne et antérieur des vaisseaux du cou, vers la partie latérale de la trachée, jusqu'au bord supérieur du médiastin; 2.° au côté externe des mêmes vaisseaux, jusqu'à l'espace situé au-dessus de la première côte, d'où il se dirige en partie vers le médiastin, en partie vers l'aisselle; 3.° à la partie latérale du cou, vers le tissu adipeux qui existe entre la clavicule et le scapulum, et entre ce dernier et la face latérale du thorax, inférieurement. Il résulte de cette disposition anatomique, que tout liquide formé dans le tissu cellulaire du cou, s'il se rassemble en quantité suffisante, fuse dans ces

---

(1) *Extr. de la Medicinische Zeitung*, 9 juillet 1834.

trois directions, toutes les fois que la collection n'a pas son siége immédiatement au-dessous de la peau, sur la face externe du fascia superficiel.

Outre le tissu cellulaire lâche du cou, il faut prendre en considération deux fascias distincts qui occupent cette région, un *fascia superficiel* du cou, correspondant au fascia superficiel de tout le reste du corps, et un *fascia propre* du cou, analogue aux gaînes des muscles, gaînes aponévrotiques qui sont plus parfaitement développées aux membres, mais qui chez les sujets fortement musclés, présente au cou une texture aussi manifestement fibreuse qu'à la cuisse et au bras.

Entre la peau et le fascia superficiel existe, sur la mâchoire inférieure et le long de son bord inférieur, ainsi que sur toute l'étendue du quart supérieur du cou, une couche mince de tissu fibro-celluleux, garnie de nombreuses cellules adipeuses, dans lesquelles les inflammations et les suppurations s'isolent avec facilité, de même que dans les couches fibreuses du tissu cellulaire en général. Mais à la limite du quart supérieur du cou, cette couche graisseuse se termine en se transformant en une couche lamellaire de tissu cellulaire, étendue immédiatement sous la peau, et dont on peut suivre la continuation au-dessus et en arrière du tissu fibro-cellulaire de la région du menton. Ce tissu cellulaire lamineux se continue sur le bord de la clavicule et du sternum, à la surface externe du cou, sans offrir un moyen d'union solide à ces parties. Au-dessous de lui se trouvent, sur la ligne médiane, une petite quantité de tissu cellulaire lâche, de chaque côté, les fibres du peaucier, et plus profondément encore, une seconde couche de tissu cellulaire lamineux, qui est située à la face postérieure du peaucier, et peut être poursuivie jusqu'au fascia superficiel de la face, et en bas avec celui de la poitrine. Il est toutefois assez adhérent au bord de la mâchoire inférieure et à la face antérieure de la clavicule, pour mettre obsta-

cle, dans ces deux points, à la progression des liquides qui sont épanchés sous le fascia superficiel; et si le fascia superficiel est coupé en travers au milieu du cou, et renversé en haut et en bas, il semble être immédiatement confondu dans ces points avec le fascia propre du cou, qui est aussi attaché au bord de la mâchoire inférieure et de la clavicule. Cette seconde couche du fascia superficiel doit son origine uniquement à ce que l'expansion musculaire du peaucier est située dans le tissu même du fascia. Immédiatement derrière elle, se trouve le fascia propre du cou, qui lui est uni par un tissu cellulaire lâche, et qui est disposé chez les hommes fortement musclés comme la gaîne d'un tendon. Sa disposition est la suivante : sur la ligne médiane, dans une étendue qui correspond à la portion la plus large et la plus élevée de la trachée, il consiste dans une simple lame très-forte qui latéralement, au niveau du bord du muscle sterno-hyoïdien, se divise en deux feuillets. Le plus superficiel et le plus fort de ces feuillets marche latéralement, atteint le bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, fournit à ce muscle une enveloppe fibreuse en avant et en arrière, redevient feuillet unique au niveau du bord postérieur de ce muscle, et s'étend ensuite aux muscles du cou, sur lesquels il n'est pas nécessaire ici de le suivre. Le feuillet qui tapisse la face postérieure du sterno-cléido-mastoïdien se continue inférieurement avec deux feuillets celluleux qui forment une gaîne pour le muscle omo-hyoïdien, et vont également rejoindre les gaînes des muscles du cou.

Le feuillet profond du fascia propre du cou marche en dehors, séparé du feuillet superficiel qui vient d'être décrit, forme des gaînes pour les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, et pour le faisceau qui est constitué par la veine jugulaire, l'artère carotide et le nerf vague; il fournit en outre à la partie antérieure du corps thyroïde un feuillet très-solide, qui, au niveau du rebord de cette

glande, s'unit intimement avec une tunique celluleuse qui en tapisse la face postérieure, et forme ainsi une partie d'une enveloppe complète de la glande thyroïde. Mais le fascia propre du cou, sur la ligne médiane, au-devant du cartilage thyroïde, forme un feuillet unique qui, suivi en bas, toujours vers la ligne médiane, se divise, au niveau du bord supérieur de la glande thyroïde, en deux lames qui, vers le bord inférieur de cette glande, se réunissent immédiatement par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire serré, pour marcher ensuite de haut en bas séparément. La lame externe, plus épaisse, descend pendant quelque temps comme feuillet unique, mais ensuite elle se divise également en deux autres lames fibreuses très-épaisses; la première de ces deux lames s'unit au bord supérieur du sternum, et latéralement forme la partie du fascia propre du cou déjà décrite, qui fournit une gaîne au muscle sterno-cléido-mastoïdien, tandis que la seconde lame procède directement en bas entre les bords internes des muscles sterno-hyoïdien, se rend à la face postérieure du sternum, y adhère fortement, et se continue avec le tissu cellulaire superficiel du médiastin antérieur. Latéralement elle fournit des gaînes pour les muscles sterno-hyoïdien e sterno-thyroïdien, et ensuite se trouve en rapport avec les gaînes des vaisseaux du cou. Plus profondément encore, sur la ligne médiane, descend de haut en bas un troisième feuillet du fascia propre du cou, qui sert d'enveloppe à la trachée, et rejoint le tissu cellulaire du médiastin postérieur, et les gaînes des muscles cervicaux au niveau de leur insertion aux apophyses transverses des vertèbres. Entre les trois lames de la partie inférieure du cou, sur la partie moyenne déjà décrite, sont compris deux espaces, l'un entre le feuillet superficiel qui s'attache à la face externe du sternum et est uni avec la gaîne du sterno-mastoïdien, et celui qui est en rapport avec la face postérieure du sternum et le sterno-hyoïdien; l'autre entre ce dernier et ce-

lui qui recouvre immédiatement la trachée elle-même. Ces deux espaces contiennent un tissu cellulaire très-lâche, qui est, dans le premier, isolé par le moyen d'une cloison celluleuse qui unit latéralement le feuillet superficiel avec celui qui recouvre le muscle sterno-thyroïdien. L'espace profond, au contraire, est en relation immédiate avec le tissu cellulaire des parties latérales du cou, et ne se trouve séparé de celui du médiastin que par une ou plusieurs lames celluleuses qui servent ainsi de moyen d'union entre le second et le troisième feuillet du fascia propre du cou.

Entre ces lames diverses qui forment ainsi des loges distinctes pour les muscles et les vaisseaux du cou, on trouve partout un tissu cellulaire lâche, contenant de la graisse dans quelques points; à la moitié inférieure du cou, en avant, on doit remarquer les espaces suivans qui renferment du tissu cellulaire graisseux : 1.° Un espace triangulaire situé immédiatement sur le bord supérieur du sternum; 2.° un espace beaucoup plus grand situé immédiatement derrière celui-ci, mais séparé de lui par un feuillet celluleux très-résistant; 3.° un espace celluleux se dirigeant de bas en haut, à partir du second, entre la glande thyroïde et la trachée d'une part, et la gaîne des vaisseaux d'autre part; cet espace se rend en haut dans le tissu cellulaire au sein duquel est située la glande sous-maxillaire; 4.° l'espace celluleux compris entre le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, le côté postérieur des vaisseaux du cou, et la face antérieure des scalènes. Dans cet espace se trouvent la plus grande partie des glandes lymphatiques les plus superficielles du cou; il se continue inférieurement, en suivant le trajet de l'artère carotide et de la sous-clavière jusque dans le médiastin, supérieurement, avec l'espace celluleux compris entre la branche ascendante de la mâchoire inférieure et les muscles du cou; 5.° l'espace compris entre les scalènes et le bord du trapèze. Celui-ci renferme le plexus brachial; en

bas, il est en rapport immédiat avec le tissu cellulaire adipeux de l'aisselle, et en haut, il s'unit avec le précédent, par l'intermédiaire de l'espace celluleux situé derrière la branche ascendante de la mâchoire inférieure.

Appliquant ces notions anatomiques au pronostic des inflammations suppuratives des différentes parties du cou, on remarquera que les suppurations situées dans le fascia superficiel doivent avoir peu de tendance à suivre un trajet profond, mais qu'elles tendent au contraire davantage à se porter sur la face externe de la poitrine. Si, cependant, l'épanchement purulent a son siège entre le fascia-superficiel et le fascia propre, à raison de l'union intime du fascia superficiel à la clavicule, il est arrêté à la base du cou; et il tend à se frayer une route soit extérieurement au travers du fascia superficiel, soit intérieurement au travers du fascia propre. Si les ganglions lymphatiques qui descendent sur le plexus brachial au côté externe des vaisseaux cervicaux, sont atteints de suppuration, le pus fusera probablement vers l'aisselle et la partie latérale du thorax. Si le pus se forme dans les ganglions cervicaux profondément situés sur le bord postérieur de la gaîne de la carotide, ou dans les espaces celluleux compris entre la mâchoire inférieure et la partie antérieure des muscles cervicaux (comme il arrive le plus souvent chez les sujets scrofuleux), la marche naturelle du pus est le long du bord postérieur des vaisseaux cervicaux, en bas, vers l'origine de la sous-clavière, et de là dans le médiastin. En outre, si les portions du tissu cellulaire ou les glandes, situées dans l'espace où se trouve la glande sous-maxillaire, suppurent, le pus trouve une voie facile de haut en bas, le long de la glande thyroïde et de la trachée, et, à raison de la profondeur de situation de cet espace, il peut s'étendre fort loin, et atteindre le médiastin, sans être reconnu extérieurement. Enfin, si le pus est renfermé dans l'espace celluleux situé immédiatement au-dessus de la partie supé-

rieure du sternum, soit qu'il s'y soit formé primitivement, soit que formé dans le fascia superficiel, il se soit frayé une route dans cet espace, il est extrêmement probable que si on ne donne artificiellement issue à ce pus, il pénétrera dans le médiastin.

Les observations suivantes viennent à l'appui de ces considérations générales. Elles concernent les troisième, quatrième et cinquième espaces cellulaires indiqués ci-dessus.

OBS. I.re — *Suppuration du tissu cellulaire entre la clavicule et l'omoplate; dénudation des côtes et de la plèvre.* — Le 22 janvier 1834, Christian Kunze entra à l'hôpital de la Charité, à Berlin. Cet enfant, bien conformé, était tombé du haut d'un escalier quelque temps auparavant, et avait reçu des contusions principalement dans l'épaule droite et dans la hanche. Les parens ne consultèrent un médecin que fort longtemps après l'accident qu'ils lui cachèrent; aussi celui-ci, croyant avoir affaire à une maladie de la hanche par cause interne, employa-t-il des moyens stimulans qui développèrent une fièvre violente; cette fièvre prit la forme nerveuse et épuisa rapidement les forces du malade. Celui-ci entra à la Charité dans cet état, considérablement émacié, avec le facies hippocratique, un pouls petit et rapide, perte de connaissance et subdelirium. La langue, sèche, était recouverte, ainsi que les lèvres et les dents, d'un enduit brun et épais. Le corps du malade offrait plusieurs collections purulentes. La hanche malade était tuméfiée, d'un rouge sombre, et offrait une fluctuation évidente; la tête du fémur était luxée en arrière et en haut. L'épaule droite était aussi considérablement tuméfiée, rouge et fluctuante. L'humérus paraissait porté en haut. Au-dessus de l'épaule droite, on voyait un vaste abcès qui occupait la partie latérale du cou et s'étendait de la partie moyenne du cou, postérieurement à l'épine de l'omoplate, et antérieurement sous la clavicule; il existait en outre une fracture avec foyer purulent à l'extrémité supérieure du

radius du côté droit, et à la première phalange du doigt médius. Tous ces foyers furent ouverts et donnèrent issue à environ deux pintes de pus, qui, au niveau de l'épaule et de l'articulation coxo-fémorale, était sanguinolent et mal lié, mais dans les autres points, blanc-jaunâtre, et assez consistant. Malgré le traitement le plus minutieux, on ne put conserver la vie du malade plus de six jours.

Autopsie, 48 heures après la mort. — A l'ouverture de l'articulation coxo-fémorale droite, on trouva une luxation du fémur, dont la tête reposait sur la face externe de l'iléum en arrière et en haut ; le grand trochanter et une partie du col fémoral étaient séparés du corps de l'os et attirés en haut par l'action des muscles fessiers. La cavité cotyloïde était intacte. Le ligament rond et le ligament capsulaire étaient déchirées et offraient un ramollissement gélatiniforme. L'enveloppe cartilagineuse de la tête du fémur avait en partie disparu. Presque toutes les parties molles voisines étaient infiltrés, et la moitié supérieure du fémur était privée de son périoste, par la déposition d'un pus clair, mal lié, qui sortit au-dehors par une incision pratiquée dans l'épaisseur de la cuisse. Sur l'ischion il y avait une excavation remplie d'un pus sanieux, jaunâtre, où l'on voyait deux des apophyses transverses du sacrum privées des parties molles qui les recouvraient, mais non dénudées de leur périoste, ni cariées.

Des lésions semblables existaient à l'épaule droite. L'humérus était luxé en haut, sans déchirure du ligament capsulaire ; le cartilage de la tête de l'os était détruit et la cavité articulaire était remplie de pus. A l'articulation du coude, les épiphyses de l'humérus étaient détachées au niveau de la couche cartilagineuse intermédiaire, de sorte que le condyle externe et l'interne étaient séparés ; une quantité considérable de pus fut trouvée dans l'articulation elle-même. A l'extrémité inférieure du radius, l'épiphyse était également séparée, et la moitié inférieure du radius

était dénudée de son périoste. L'articulation du poignet était remplie de pus. De même l'extrémité métacarpienne de la première phalange était séparée de son épiphyse et l'articulation remplie de pus.

Mais la plus grande quantité de pus fut trouvée dans un foyer pouvant admettre un œuf d'oie, situé au côté droit du cou et s'étendant entre les muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèze. Cette cavité communiquait, en avant et en bas, entre la clavicule et la première côte, par un orifice rétréci, mais cependant fort large, avec une autre cavité considérable, pleine de pus, située en dehors du thorax. Cette cavité inférieure s'étendait en bas jusqu'au bord de la quatrième côte, et mesurait en largeur l'étendue comprise entre le point d'insertion du cartilage costal et le quart postérieur de cette côte, ou le bord postérieur du scapulum. Les quatre côtes étaient, au niveau de la partie moyenne de ce foyer, dénudées de leur périoste, et offraient une surface rugueuse. Dans l'intervalle de ces portions dénudées de la troisième et quatrième côtes, les muscles intercostaux étaient complètement détruits dans l'étendue d'un pouce, de telle sorte que la portion inférieure de ce vaste foyer purulent n'était séparée de la cavité droite de la poitrine que par le mince feuillet de la plèvre costale. Le foyer purulent du cou et celui de la surface extérieure du thorax différaient en ce que le premier offrait une paroi assez épaisse, constituée par un tissu cellulaire condensé probablement par suite de son inflammation, tandis que le dernier, au contraire, n'offrait rien de semblable. Cette circonstance, ainsi que celle d'une communication rétrécie entre la cavité supérieure et l'inférieure, prouve que le pus avait fusé de haut en bas, de la surface du cou à celle du thorax.

Il n'est pas nécessaire de s'appesantir ici sur les autres lésions anatomiques que présentait ce sujet; il y avait des collections purulentes dans plusieurs points du tissu cellulaire adipeux; les viscères contenus dans la tête, le thorax

et l'abdomen étaient sains, à cela près de l'engorgement de quelques-unes des glandes mésentériques.

OBS. II.e — *Abcès du tissu cellulaire situé derrière l'extrémité inférieure du sterno-cléido-mastoïdien ; communication de cet abcès avec le cœur, par la veine-cave supérieure, et avec les poumons, par le médiastin antérieur.* — Le 14 janvier 1834, Jean Knuth, ouvrier, âgé de 28 ans, entra à la Charité. Il portait alors, au côté droit du cou, au-dessus de la clavicule, et au-dessous du muscle sterno-mastoïdien, un abcès glandulaire, qui fut porté à maturité par l'emploi des cataplasmes, et ouvert. Plusieurs sinus purulens furent découverts dans divers directions, particulièrement vers l'épaule. Ces sinus furent ouverts, et alors la surface suppurante prit l'aspect d'un ulcère herpétique scrofuleux. Des bourgeons actifs se développèrent sous l'influence des topiques stimulans, et l'état du malade devint très-satisfaisant. Au commencement d'avril cependant, les parties s'indurèrent, offrirent dans plusieurs points une altération de couleur, et enfin fournirent une suppuration abondante, qui s'écoulait surtout abondamment quand on pressait de bas en haut. On découvrit alors plusieurs nouveaux sinus dans lesquels la sonde pénétrait en suivant des directions variées. A cette époque la santé générale du malade s'altéra, une soif vive se déclara, le pouls devint petit et fréquent, et la toux fut continuelle. L'ouverture extérieure fut tenue béante par des tentes. Dans le mois de mai, tous les symptômes généraux de la phthisie s'étaient établis graduellement, et la pression exercée dans le voisinage des sinus ne donnait issue qu'à une petite quantité de pus de mauvaise nature.

Le 8 mai, l'abcès fistuleux fut sondé de nouveau avec précaution ; la sonde de gomme élastique dont on fit usage prit pour la première fois une direction en bas et à gauche, comme si elle pénétrait dans le médiastin antérieur. Mais l'instrument était à peine depuis quelques secondes dans le

trajet fistuleux, lorsque le malade pâlit ; ses yeux devinrent fixes, et ses bras prirent une raideur cataleptique. Il eut une syncope d'où cependant il fut aisément retiré par les moyens ordinaires; alors un peu de sang écumeux fut rejeté par la toux; il sortit aussi par le trajet fistuleux un peu de pus mêlé avec du sang. Le pouls était à peine modifié et n'était pas plus excité qu'avant cette exploration; mais une sensation de constriction de la poitrine rendit immédiatement nécessaire une saignée de douze onces. Ces phénomènes, déterminés la première fois par l'exploration du foyer purulent à l'aide de la sonde, se renouvelèrent fréquemment; la gêne de la respiration augmenta, devint excessive, enfin toute abdominale; les membres devinrent raides et immobiles. Enfin, la mort arriva le 16 mai, avec tous les symptômes d'une maladie pulmonaire profonde.

Autopsie. — L'ouverture extérieure de l'abcès du cou était située à un pouce et demi au-dessus de la moitié antérieure de la clavicule droite : elle avait l'apparence d'une surface suppurante sur une base indurée. Entre cette suture et la clavicule était une rangée de ganglions lymphatiques tuméfiés, indurés et en partie suppurés. La surface purulente se continuait latéralement sur le muscle sterno-mastoïdien, par un canal large d'environ un pouce, tapissé dans toutes les directions par du tissu cellulaire induré. Inférieurement, on trouva un orifice en forme d'entonnoir à la surface de l'abcès; on introduisit sans peine dans cet orifice une sonde de gomme élastique peu volumineuse qui pénétra de toute sa longueur en dedans et en bas. La sonde étant laissée en place, la clavicule fut enlevée avec précaution; on trouva, par une dissection longue et difficile, que le commencement de cet orifice fistuleux était situé précisément dans l'angle formé par l'union de la veine sous-clavière et de la jugulaire interne, c'est-à-dire, dans le lieu où elles s'unissent pour former la veine-cave supérieure. Dans cet angle, les parois veineuses offraient un trou pou-

vant admettre une plume de coq. Ce trou avait un rebord poli, flottant, recouvert de pus. La veine jugulaire, la sous-clavière et la veine-cave supérieure, n'offraient aucune trace d'inflammation, ni aucune autre altération. La sonde introduite dans cet orifice, pénétrait directement, par la veine-cave supérieure, dans l'oreillette droite et tout auprès était un caillot sanguin, dans lequel on n'observait aucun mélange de pus.

La partie de la surface de l'abcès qui se prolongeait sous la partie inférieure du muscle sterno-mastoïdien, fournissait deux fistules très-étroites, ne contenant qu'une petite quantité de pus, et n'offrant point une enveloppe formée par le tissu cellulaire; ces deux fistules conduisaient dans la partie supérieure du médiastin antérieur, dans lequel existait une tumeur de la grosseur d'une noix, formée par de la matière tuberculeuse, caséiforme, en rapport avec le lobe supérieur du poumon qui était en ce point confondu avec la plèvre médiastinale. Le poumon droit était plein de tubercules, à tous les degrés de développement, parmi lesquels il y avait plusieurs cavernes de grandeur moyenne. Le poumon contenait une quantité innombrable de tubercules en voie de ramollissement, et quelques petites cavernes. Dans l'abdomen, il y avait une exsudation fibreuse peu abondante sur les intestins. A cela près, tout était normal, et aucun organe ne présenta les plus légères traces de collection purulente.

Obs. III. — Cette observation, qui est donnée ici d'une manière abrégée, offre un exemple de la troisième espèce de collections purulentes du cou, celle où le pus, formé primitivement à la partie interne des vaisseaux du cou, entre eux et la trachée, fuse dans le médiastin antérieur ou dans le postérieur. — Un homme âgé de 50 ans, entra à la Charité dans le service du professeur Dieffenbach. Il portait plusieurs ouvertures le long de la partie latérale gauche de la trachée, du milieu du cou au bord supérieur du ster-

num : depuis long-temps ces ouvertures fistuleuses donnaient issue à une quantité considérable de pus, lorsqu'un jour cette évacuation se supprima tout-à-coup, bien que les fistules restassent béantes. Peu-à-peu se développèrent un certain nombre de symptômes, qui bientôt ne permirent pas de douter qu'il s'était formé une collection purulente dans le médiastin antérieur. Bientôt après, il se forma entre les extrémités sternales des cartilages de la troisième et de la quatrième côte, une petite tumeur qui devint rouge, fluctuante, et ayant été ouverte donna issue à une grande quantité de pus qui sortait du médiastin. Un peu plus tard, une tumeur semblable se forma sur la partie moyenne du sternum, et fut suivie de l'établissement d'une fistule, à orifice arrondi, communiquant avec le médiastin, et donnant également issue à du pus. L'état général de cet homme est satisfaisant, et l'on a lieu d'espérer que cette vaste suppuration n'aura pas une terminaison funeste.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

ÉTERNUEMENT OPINIATRE; *par W. Beilby*. — Le docteur Beilby vit, le 29 janvier 1823, un jeune homme de 13 ans, qui était affecté d'un éternuement extrêmement pénible, depuis trois semaines. D'abord cet éternuement s'était reproduit, à plusieurs minutes d'intervalle, par quintes violentes; mais alors il se renouvelait de trois à six fois par minute. Aucune humeur n'était rejetée ni par le nez, ni par la bouche, les yeux n'étaient point larmoyans. L'intérieur des narines était sec et rouge. La langue était nette et assez rouge. Le pouls à 70, mais peu fort. Appétit diminué; soif vive. La santé de ce jeune homme avait été délicate pendant long-temps; on l'avait considéré comme étant très-bilieux, et on lui avait fait prendre des quantités considérables de magnésie, pour combattre des acidités presque continuelles de l'estomac. Quelques mois avant son éternuement, il avait éprouvé de violens maux de tête; et des vertiges si intenses qu'il était tombé plusieurs fois, avait perdu la vue pendant quelques secondes,

et s'était même trouvé très-souvent incapable de lire pendant un temps assez long. A cette époque, il avait retiré du soulagement de l'application des sangsues à la tête. Plus récemment il avait employé différentes poudres parmi lesquelles figurait le tabac céphalique (*Cephalic snuff*). Le docteur Beilby prescrivit le traitement suivant : Vésicatoires derrière les oreilles, purgatifs, injection d'huile d'olive dans les narines. Au bout de huit jours, l'éternuement était devenu beaucoup moins fréquent ; il ne se reproduisait que toutes les deux ou trois minutes, alors on prescrivit le carbonate de fer, et le malade s'exposa graduellement et avec précautions à l'influence de l'air froid. Au milieu du mois de février, l'éternuement durait encore, mais avec un intervalle de cinq ou six minutes, et même beaucoup plus quand l'attention du malade était fortement fixée sur quelque chose. Au commencement du mois de mars, l'éternuement ne se reproduisit plus, excepté lorque le jeune homme était fatigué. Cet éternuement était toujours suspendu pendant le sommeil, mais il se reproduisait immédiatement après le réveil ; quelquefois le malade semblait se réveiller en éternuant (*The Edinb. Medical and Surg. Journ.* Avril 1835).

Tubercules pulmonaires chez un vieillard de 93 ans; *par le docteur Robert Christison.* — Le nommé Watson, âgé de 93 ans, exerçant depuis longues années à Edimbourg le métier de marchand d'almanachs, entra à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre générale peu intense. Ces symptômes firent des progrès très-lents et ne devinrent jamais très-graves. Il survint une diarrhée produite en apparence par l'action trop violente d'un purgatif salin qui fut administré pour combattre une constipation de quelques jours. Le pouls devint alors très-fréquent, la langue brune, et le malade succomba rapidement après sept ou huit jours de séjour à l'hôpital. Il avait eu pendant sa maladie une toux peu intense, sans aucune gêne de la respiration, sans douleur de poitrine ; en un mot, rien n'avait attiré l'attention de ce côté.

Autopsie. — On fit cette autopsie principalement pour voir l'état des parties à un âge aussi avancé. — Les poumons adhéraient çà et là légèrement, par d'anciennes brides, à la plèvre costale. Une grande étendue de la partie supérieure des deux poumons, mais surtout du gauche, était le siége d'une hépatisation grise, au sein de laquelle, de même que dans les parties moins condensées des lobes inférieurs, on trouva un grand nombre de petits tubercules, dont la plupart n'étaient pas plus gros que la tête d'une grosse épingle. Auprès du sommet du poumon gauche, il y avait une excavation vide, peu étendue, irrégulière. — La partie inférieure de l'iléum présenta quelques ulcérations dont l'une très-profonde était plus large qu'un shilling.

Il est digne de remarque que quelques-uns des organes dont les

changemens sont considérés généralement comme indiquant les progrès de l'âge avec un grand degré de certitude, étaient chez cet homme dans le même état que chez un sujet de moyen âge. Le cerveau et le cœur n'offrirent rien à noter. Toutes les sutures du crâne étaient fortement marquées en dehors; et même un peu en dedans; la moitié supérieure de la suture frontale présentait une dentelure très-évidente extérieurement. Tous les cartilages des côtes, excepté celui de la première, de chaque côté, étaient libres d'ossification.

Ce vieillard était extrêmement actif; il avait une grande partie des dents de devant de la mâchoire inférieure; pendant sa maladie, jusqu'au dernier jour avant sa mort, il se levait sans aide pour aller à la garderobe. Peu de jours avant son entrée à l'hôpital, il vendait des almanachs et dansait avec vigueur dans les rues, suivant sa coutume. Pendant son séjour à l'hôpital, son intelligence parut constamment intacte (*The Edimb. Med. Surg. Journ.* Avril 1835).

Mort subite; perforation de la plèvre pulmonaire; *par le docteur Robert Graham.* — John Meck, ouvrier, âgé de 57 ans, entra à l'hôpital le 20 novembre 1834. Il offrait les symptômes suivans: pesanteur et oppression à l'épigastre après les repas, persistant jusqu'à ce que l'estomac se soit vidé par le vomissement; il y avait en même temps quelquefois, mais rarement, des acidités; pyrosis; éructations fréquentes; constipation; soif modérée; langue chargée; émaciation; léger œdème des jambes; pouls naturel; abdomen souple; point de douleur ni à la tête, ni à l'épigastre; cette dernière région n'offrait aucune tumeur, et n'était point douloureuse à la pression. Le malade affirmait que cet état ne durait que depuis six semaines avant lesquelles sa santé était bonne. La nature de ses occupations l'exposait au froid, mais non à de rudes travaux, et son régime alimentaire avait été suffisant. Le traitement consista, à divers intervalles, dans les anti-acides, les laxatifs, les opiacés, les amers, les vésicatoires; le régime alimentaire se composa de viandes rôties et de pain. Le 4 décembre, hoquet, distension par des gaz. Le 8, douleur au-dessous de la mamelle droite; pouls 68, naturel. On prescrivit une potion avec éther nitrique et laudanum, et la douleur cessa immédiatement.

Avant que cet homme n'entrât à l'hôpital, il vomissait toujours deux fois par jour; jamais, depuis son admission, il ne vomit plus d'une fois, excepté lorsqu'il y était porté par l'ingestion de ses médicamens. Plusieurs jours avant sa mort, il n'eut presque aucun vomissement; ses forces et son appétit revenaient; il se croyait en voie de guérison. Le 15, au matin, après une bonne nuit, tout-à-coup affaiblissement considérable; le malade demande à boire et expire avant d'avoir porté le vase à ses lèvres.

Autopsie, *24 heures après la mort.* — Dans l'abdomen, épiploon

retracté, épaissi, et logé dans la région lombaire gauche. Diaphragme refoulé en haut dans le côté gauche de la poitrine. Une portion considérable de ce muscle, à droite, près de l'appendice xiphoïde, convexe du côté de la cavité abdominale. L'estomac, logé entièrement dans l'hypochondre gauche, contenait une petite quantité d'un liquide trouble, couleur café; son enveloppe péritonéale était saine; ses parois étaient très-épaissies vers le pylore; la portion malade avait plusieurs pouces de largeur, l'orifice pylorique occupait une de ses extrémités, elle était élevée au-dessus du niveau de la tunique muqueuse, offrant une surface blanche, réticulée, rendue inégale dans plusieurs endroits par des saillies arrondies; sa texture était celle d'un cartilage mou et friable, sa circonférence était nette et circulaire. Le lobe droit du foie adhérait au diaphragme par une bride longue et étroite : cet organe était sain d'ailleurs.

La poitrine donnait un son très-clair à droite, et de ce côté les espaces intercostaux étaient au niveau des côtes, quoique le sujet fût très-émacié, et que ces mêmes espaces fussent très-déprimés du côté gauche. Le poumon gauche était très-petit, rempli de tubercules, surtout à sa partie centrale; son tissu paraissait assez sain dans une très-petite portion de ses bords; son lobe inférieur était légèrement adhérent avec la plèvre costale. Le poumon droit était complètement affaissé et refoulé en bas avec sa racine. La partie postérieure de son lobe moyen contenait quelques tubercules. Le lobe inférieur adhérait au diaphragme par une grande quantité de lymphe très-solide. Dans cette partie existait une cavité pouvant admettre un œuf de poule, à parois noirâtres et ramollies, s'ouvrant dans la plèvre et communiquant évidemment avec les bronches. Une petite quantité de sang récemment épanché formait un caillot mince, étendu sur la plèvre pulmonaire à laquelle il adhérait dans le voisinage de l'ouverture fistuleuse.

On voit ici une maladie organique profonde détruire des organes extrêmement importans, sans que le malade en ait la conscience. Jamais cet homme n'avait accusé de symptômes du côté de la poitrine, excepté cette douleur qui avait cédé à une potion antispamodique et ne s'était point accompagnée de fièvre. Il est, en outre, difficile de croire que l'affection de l'estomac eût une date aussi récente que celle qui lui était assignée par le malade. La cause de la mort mérite quelque attention. Il paraît que le malade respirait depuis long-temps par le poumon droit exclusivement ou presque exclusivement. Ce poumon, s'étant enflammé d'une manière aiguë, se gangréna probablement. Sous l'influence d'un travail de désorganisation, quel qu'il soit, la plèvre se perfora, l'air s'épancha dans la cavité pleurale droite; le seul poumon qui put respirer fut aussitôt comprimé et le malade mourut suffoqué (*The Edimb. Med. and Surg. Jour.* Avril 1835).

EXCAVATION CREUSÉE DANS L'ÉPAISSEUR DE LA PAROI EXTERNE DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR; PÉRICARDITE; *par Samuel Hanna*. — J. B., âgé de 31 ans, doué d'une grande force corporelle et de beaucoup d'activité, d'un caractère entreprenant et agissant sans cesse, avait vécu avec peu de ménagemens. Etant maître d'équitation dans un régiment de dragons, et plus tard chargé de dresser des chevaux, il avait fait plusieurs chutes de cheval. Toutefois sa santé avait été bonne, jusqu'au début de la maladie suivante. Le 25 août, il fut jeté en arrière de dessus un cheval, mais il n'en éprouva aucun effet fâcheux dans le moment. Deux jours après, il ressentit tout-à-coup des battemens à la région précordiale, et eut une syncope. Il prit un vomitif, qui aggrava les symptômes, et depuis ce moment il resta sujet à des palpitations continuelles. Peu de temps après, il entendit un craquement très-fort à gauche de la partie moyenne de son sternum; à ce craquement succéda, dans le même point, une douleur brûlante, se propageant par fois sous l'omoplate et le long du bras. Cette douleur persista pendant un temps considérable; mais elle a enfin cessé sous l'influence de la digitale. A quelque temps de là, étant à la chasse, il fut pris soudainement de palpitations si violentes, qu'elles causèrent une syncope; une saignée dissipa ces accidens. Le malade a craché du sang (il n'est pas dit à quelle époque). Telles sont les circonstances de la maladie rapportées par le malade. Quand je le vis dans le mois de janvier suivant, il était émacié et très-affaibli. Il présentait les symptômes ordinaires d'une maladie du cœur: dyspnée causée par le mouvement, surtout par l'action de monter; orthopnée, palpitations, songes pénibles et réveils en sursaut, toux, etc., etc.; pouls petit, mais régulier. Le stéthoscope fournit les signes suivans: entre la seconde et la troisième côte, auprès du sternum, on entendait un bruit de frottement très-fort, comme celui qui serait produit par le passage d'un liquide, et coïncidant avec un double battement. Ce bruit s'entendait dans toute la région du cœur, mais il était à son maximum d'intensité, dans le point indiqué. Le doigt appliqué dans ce lieu percevait un *frémissement* très-marqué. L'impulsion, à cet endroit, était variable pour la force, quelquefois elle dépassait de beaucoup l'état normal, et cette augmentation de force ne dépendait point de palpitations. La percussion donnait en cet endroit un son clair. Je pratiquai une saignée, et je mis le malade à l'usage de la digitale, de la jusquiame, etc. Pendant le mois de février la maladie continua à faire des progrès; l'œdème des jambes augmenta, mais ne fut jamais considérable, et l'anxiété causée par la suffocation imminente devint insupportable.

Le 1.er mars, d'après les avis d'un ami, il prit un peu d'opium, malgré ma défense fondée sur deux ou trois cas de maladies du cœur où j'avais vu la mort notablement hâtée par l'emploi de ce médicament. Le soir du même jour, il se trouvait à son aise et content de

son état; mais il était évidemment sous l'influence de l'excitation produite par l'opium. Peu de temps après ma visite il eut une attaque de suffocation, et expira après dix minutes d'agonie.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Le cœur seulement fut examiné. Le péricarde contenait une quantité peu abondante de sérosité claire. Son feuillet viscéral était en plusieurs endroits pointillé de rouge, et présentait çà et là à sa surface des lambeaux de fausse membrane. Le cœur avait deux ou trois fois son volume ordinaire. En pratiquant une incision de l'orifice aortique, suivant la longueur du ventricule gauche, à la pointe du cœur, j'ouvris une cavité que je pris d'abord pour le ventricule gauche; mais je m'aperçus bientôt que cette cavité anormale était tout-à-fait distincte de celle du ventricule. Elle pouvait contenir une petite orange, et était creusée dans la paroi externe de ce ventricule. La cloison qui la séparait de celle du ventricule semblait être formée par la membrane interne du cœur, transformée en une membrane fibreuse épaisse, tandis que du côté de la paroi externe, la texture musculaire du ventricule était complètement effacée, comme par l'effet de la compression. Cette cavité anormale était tapissée intérieurement par des lambeaux de lymphe coagulable d'épaisseur variable, faciles à enlever; à son sommet, elle présentait une petite ouverture arrondie, polie, d'environ deux lignes de diamètre, conduisant directement dans l'un des sinus de la valvule aortique, et située à environ quatre lignes au-dessous de l'orifice de l'artère coronaire.

Les valvules du cœur et de ses vaisseaux étaient toutes saines. L'aorte avait ses dimensions naturelles, et d'ailleurs elle était saine et n'offrait qu'un peu de rougeur diffuse, occupant peu d'étendue, qui disparut après vingt-quatre heures de macération. A la surface de la paroi inter-ventriculaire du cinquième ventricule (*of the fifth ventricle*), existait une tache parfaitement circulaire, blanche, de la largeur d'un shelling. Elle était formée par une couche molle de lymphe plastique, et unie seulement par sa circonférence à la membrane qui tapisse le ventricule. Cette membrane, dans le point correspondant, présentait une dépression profonde et une injection marquée, traces évidentes d'inflammation. (*Dublin Journal*, N.° 19).

Oblitération de la veine cave supérieure; *par John Reid, président de la Société royale de Médecine d'Edinbourg, et par William Thomson, D. M.* — Obs. I.re — En décembre 1833, on trouva la veine cave supérieure oblitérée à son entrée dans le cœur, sur un cadavre destiné aux opérations. Cette oblitération avait environ deux pouces d'étendue, et formait un cordon arrondi, comme cartilagineux au toucher, et solidement adhérent par du tissu cellulaire aux parties environnantes, particulièrement à la face antérieure de la bronche droite. Autour de ce cordon, et surtout à sa partie infé-

rieure, existaient plusieurs concrétions calcaires, en rapport probablement avec les glandes bronchiques. A la surface interne de l'oreillette, l'orifice de la veine cave n'était indiqué que par une légère dépression, et dans ce point l'oreillette offrait une espèce de diverticulum digitiforme. Lorsqu'on s'aperçut de cette disposition, la dissection était assez avancée pour qu'il fût difficile de retrouver les canaux qui avaient porté le sang à la veine cave ascendante. Cependant après beaucoup de recherches, on parvint à en reconnaître quelques-uns, et peut-être la plus grande partie. Les grosses veines du cou se réunissaient comme à l'ordinaire à la veine cave supérieure qoi s'oblitérait subitement au point indiqué. La veine azygos avait le double de son volume ordinaire, et devenait brusquement imperméable dans le point où elle s'unit à la veine cave oblitérée. Les veines intercostales droites, surtout la supérieure, étaient considérablement dilatées; une veine de la grosseur d'une plume ordinaire passait entre la veine cave, immédiatement avant son oblitération, et la partie supérieure de la veine azygos. Cette dernière recevait à la hauteur ordinaire, c'est-à-dire, vers la septième vertèbre dorsale, la branche qui est appelée veine demi-azygos, et qui avait plus du double de son volume ordinaire. On ne put apprécier l'état des veines intercostales supérieures du côté gauche, parce qu'elles avaient été presqu'entièrement détruites; mais à en juger par ce qui en restait elles devaient avoir été considérablement agrandies. En insufflant de l'air dans l'azygos et la demi-azygos, on vit que ces veines conservaient leur ampleur anormale jusqu'au niveau du diaphragme, et qu'elles formaient plusieurs flexuosités. L'air passa librement dans la cavité des veines intercostales et lombaires supérieures qui étaient dilatées, et distendit toutes les veines lombaires, ainsi que la veine cave ascendante. Une veine, qui avait au moins le volume d'une plume à écrire, et qui était formée par une branche provenant de chaque azygos, passait à travers la partie gauche de l'ouverture aortique du diaphragme, et s'unissait à la veine cave inférieure, près du point où celle-ci reçoit les veines rénales. Les veines mammaires internes avaient été détruites, mais les veines épigastriques avaient leur volume ordinaire; ainsi il n'y avait pas eu reflux du sang dans cette direction. Tout le sang veineux du corps, excepté celui de la veine coronaire, étant versé dans l'oreillette droite par la veine cave inférieure, cette veine était aussi considérablement dilatée. A son entrée dans le cœur elle pouvait presque admettre trois doigts. Les veines azygos communiquent ordinairement avec les veines rénales, mais ici l'on ne put savoir si cette communication existait ou si elle était élargie, parce que les reins avaient été enlevés.

On ne put examiner précisément de quelle manière le sang passait des gros vaisseaux de la partie inférieure du cou aux veines intercostales dilatées qui s'abouchaient dans les veines azygos, parce que

la dissection était trop avancée; mais il est probable qu'une grande partie de ce sang coulait à travers les veines intercostales, qui se vident dans les veines innominées, et delà passait à travers les branches d'anastomoses, dans les intervalles qui aboutissent à la veine azygos. Une partie de ce sang pouvait avoir coulé par les veines mammaires internes, par leurs anastomoses avec les intercostales et les lombaires supérieures, et atteint ainsi les veines azygos. etc., etc. Quoique les veines azygos, intercostales et lombaires fussent dilatées, cependant il était difficile de concevoir comment tout le sang de la veine cave supérieure pouvait passer aussi librement qu'il était nécessaire, dans la veine cave inférieure; d'autant plus qu'il y avait là un mouvement rétrograde. Rien dans le voisinage de la veine cave oblitérée ne pouvait servir à expliquer cette oblitération, à moins qu'on n'admette que les concrétions calcaires trouvées autour de la veine étaient les restes de quelque glande bronchique tuméfiée qui, par sa pression sur la veine, avait produit son oblitération.

Le sujet qui présentait cette lésion était une femme de 40 ans, qui était entrée à l'hôpital avec les symptômes d'un hydrothorax. Elle était affectée d'un anasarque général, d'une dyspnée intense; le visage était livide; le décubitus dorsal était impossible; l'urine rare; le pouls fréquent, petit et irrégulier. Ces symptômes furent amendés par l'usage de la crême de tartre et d'autres diurétiques. Se trouvant mieux, elle quitta l'hôpital au bout de deux ou trois mois, n'ayant plus d'œdème. Mais bientôt après, les symptômes reparurent, et elle rentra le mois suivant. On eut recours aux mêmes moyens thérapeutiques, mais sans soulagement. Elle mourut presque subitement par l'exaspération des symptômes, après un mois de séjour, n'ayant eu ni délire, ni coma, bien qu'elle fût un peu sourde.

Autopsie. — La cavité droite de la poitrine contenait beaucoup de sérosité, et la plèvre costale était très-épaissie. Du côté gauche il y avait de fortes adhérences entre la plèvre pulmonaire et la costale, et cette dernière avait trois lignes d'épaisseur dans plusieurs endroits. Les reins offraient des traces très-prononcées de la maladie de Bright. Cette femme avait eu une vie très-irrégulière.

Je citerai ici, comme présentant quelque analogie avec le cas précédent, celui d'une femme chez laquelle le sinus longitudinal supérieur était oblitéré vers sa partie moyenne. Cette femme n'avait offert aucun symptôme du côté de l'encéphale pendant sa dernière maladie.

Tout-à-l'heure nous avons vu tout le sang des deux veines caves versé dans l'oreillette droite par la veine cave inférieure; chez une autre malade qui est morte dans les mêmes salles, la plus grande partie du sang des deux veines caves entrait dans l'oreillette par la veine cave supérieure.

Dans ce cas, les veines iliaques primitives, au lieu de se réunir

pour former la veine cave inférieure dans le point où cette réunion a lieu ordinairement, montaient isolément l'une à droite, l'autre à gauche de l'aorte, jusqu'à la rencontre des veines rénales. Elles se réunissaient ensuite un peu à gauche et en arrière de l'aorte pour former la veine cave inférieure. Cette veine passait à travers l'ouverture aortique, à droite de l'artère, suivait le trajet, et occupait la place de la veine azygos, et, comme cette dernière, rejoignait la veine cave supérieure. On ne trouvait point chez ce sujet la dépression qui est située à la face inférieure du foie, à droite du lobule de Spigel, et qui est destinée à recevoir la veine cave inférieure; l'ouverture du diaphragme, occupée habituellement par la veine cave inférieure, était traversée par une veine peu volumineuse, résultant de la réunion des veines hépatiques, et qui, prenant la place de la veine cave inférieure, allait s'ouvrir dans l'oreillette droite.

Les trois observations qui précèdent avaient pour sujets des femmes, deux de 40 ans environ, une de 65.

Obs. IIe — Une observation d'oblitération de la veine-cave supérieure a été imprimée dans la dissertation inaugurale du docteur Deckart, à Berlin, en 1823. Cette veine, presqu'au niveau de son entrée dans le cœur, était entièrement oblitérée, et ses parois adhéraient intimement à un sac anévrysmal de l'aorte. On ne put découvrir aucun vaisseau en relation avec le tronc veineux, à l'exception d'une branche située à une très-petite distance de l'orifice auriculaire de la veine-cave; cette branche adhérait au côté droit de l'anévrysme et occupait une distance d'environ deux pouces dans une direction presque horizontale et un peu flexueuse. L'auteur pense que cette branche devait être la veine azygos. Les tuniques de la veine-cave étaient si complètement confondues avec le sac anévrysmal, qu'il fut impossible de découvrir le point où elles se terminaient. L'aire de la veine diminuait et ses tuniques devenaient progressivement plus minces, à mesure qu'on s'éloignait de l'orifice auriculaire.

Cette oblitération n'ayant été découverte qu'après la dissection du cadavre, on ne put constater l'état des autres veines et en particulier des jugulaires et des sous-clavières au-dedans du thorax. Le docteur Deckart admet trois voies à travers lesquelles il conçoit que le passage du sang avait pu s'effectuer: 1.° Par les veines et les sinus situés dans le canal vertébral, et qui communiquent, en haut avec la veine sous-clavière et en bas avec la veine hypogastrique ou iliaque interne. Il pense que le sang pouvait se rendre par ces veines dilatées, à travers les veines hypogastriques et iliaques, dans la veine-cave inférieure, et de là dans le cœur; 2.° il pense que la circulation pouvait se continuer par le moyen des anastomoses veineuses de la face inférieure du diaphragme; 3.° par le moyen des anastomoses des veines mammaires internes avec la veine épigastrique et l'abdominale. — Le docteur Deckart penche pour cette dernière voie, parce qu'au

moment où l'on ouvrit le thorax il sortit une quantité considérable de sang de toutes les veines qui furent divisées, ce qui indiquait que ces veines étaient très-dilatées.

Obs. III.ᵉ — Une autre observation est rapportée par le docteur Otto, de Breslau, dans la seconde partie de son ouvrage intitulé : *Observations rares concernant l'Anatomie, la Physiologie et la Pathologie*, Berlin, 1834. Il y avait aussi dans ce cas un anévrysme de l'aorte, développé à tel point que le sternum était perforé. La veine-cave supérieure était comprimée par la tumeur anévrysmale, et sa cavité ne pouvait pas admettre la sonde la plus fine. L'oblitération s'étendait du lieu où la veine azygos entre dans la veine-cave, à l'oreillette. Tout le sang des parties supérieures du corps, dit le docteur Otto, doit avoir été porté, par les communications latérales, à la veine-cave inférieure, et de là au cœur. En effet, il trouva la veine azygos et la veine mammaire interne gauche très-dilatées; la veine mammaire interne droite était oblitérée par la pression de l'anévrysme.

Une observation de ce genre a été publiée par le docteur Reynaud dans le *Journal hebdomadaire*, janvier 1829 (*The Edinb. Med. and Surg. Journ.* Avril 1835).

Thérapeutique.

Ascite : ponctions puis injections d'eau tiède dans la cavité péritonéale; guérison.—Charles Meunier, âgé de 40 ans, de forte constitution, entra à l'hôpital-général de La Rochelle, le 25 septembre 1830, pour la guérison d'un ulcère situé à la partie interne et inférieure de la jambe gauche. A ma première visite, je trouvai chez cet homme un engorgement considérable de la rate, qu'il me dit être la suite de longues fièvres intermittentes contractées à Rochefort. Il fallait faire marcher le traitement de cette affection organique avec celui de l'ulcération : je mis le malade à l'usage d'un tisane amère, et d'un gros du mélange, à parties égales, de quiquina et de nitre, pris deux fois par jour; le repos et une compression méthodique furent employés pour l'ulcère, et un mois suffit pour sa cicatrisation.

L'engorgement de la rate diminuait sensiblement; au bout de deux mois de l'usage des mêmes moyens, le malade paraissait parfaitement guéri. Il allait sortir de l'hôpital, quand je m'aperçus que les extrémités inférieures étaient légèrement œdémateuses. J'avais cessé depuis quelques jours tout traitement; j'examinai attentivement le malade; et je m'assurai qu'il existait déjà une collection d'eau dans l'abdomen, qui n'était pas encore assez considérable pour m'empêcher de palper les organes contenus dans cette cavité; tous me parûrent dans un état normal, et malgré tous les moyens employés la collection aqueuse devint de plus en plus considérable, et nécessita bientôt la ponction.

Je résolus d'employer un moyen que m'avaient suggéré les différentes tentatives faites jusqu'à présent et mes propres observations.

Assisté de plusieurs de mes confrères, je pratiquai la paracentèse avec un trois-quarts à hydrocèle ; je vidai ce liquide à moitié, puis j'injectai dans la cavité abdominale trois litres à-peu-près d'eau pure, à la température du liquide sorti ; je vidai encore la moitié du liquide, et je répétai cette manœuvre jusqu'à ce qu'il ne sortit que de l'eau pure ; puis je tirai tout le liquide, et je fixai la canule par un bandage de corps qui tenait le ventre légèrement serré. Pendant l'opération, le malade manifesta peu de douleur; il était sans fièvre, le pouls resta le même. Je prescrivis la diète et l'usage de l'eau rougie. Tous les jours j'injectais par la canule de l'eau (à-peu-près trois litres), à une température graduellement élevée ; alors le malade éprouvait du malaise ; le pouls s'élevait. Le troisième jour, j'ajoutai à deux tiers d'eau la même quantité de décoction de quinquina filtrée ; le malade, au bout de quelques minutes, éprouva de très-vives douleurs, ce qui m'obligea à donner issue immédiatement au liquide. Le pouls s'élevait sensiblement : le soir il y avait de la fièvre. Le lendemain, quatrième jour, pas de fièvre ; je m'abstins d'injection ; l'eau rougie fut continuée. Le cinquième jour, je répétai l'injection avec moitié eau et moitié de décoction de quinquina ; les douleurs se manifestèrent aussitôt ; je laissai ce liquide pendant trois minutes. La fièvre survint, la douleur dans tout l'abdomen augmenta, principalement à l'endroit de la canule. Cet état dura presque toute la journée ; alors je me déterminai à ôter la canule qui faisait éprouver au malade de vives douleurs ; je prescrivis une boisson adoucissante ; des fomentations émollientes furent appliquées sur le ventre, et je continuai la diète. Le sixième jour, le malade avait passé une mauvaise nuit ; la fièvre durait encore, mais avec moins d'intensité ; la piqûre de l'abdomen était très-douloureuse et légèrement rouge. Même prescription ; et si les accidens inflammatoires n'avaient pas paru céder, je n'aurais pas hésité à pratiquer une saignée. Les accidens diminuèrent tous les jours ; je suivis exactement la marche de la maladie. Au bout de huit jours, aucun signe de collection nouvelle dans la cavité abdominale ne se manifesta, le régime fut gradué et augmenté suivant les forces, et trois semaines après il sortit de l'hôpital, parfaitement guéri. Depuis ce temps j'ai eu occasion de le voir souvent, il est toujours très-bien. (F. L. A. Vivielle, *chirurgien en chef des hospices civils de La Rochelle* ; Thèse. *Paris*, 1834, N.° 103, p. 12).

DILATATION DE L'URÈTRE CHEZ UNE FEMME ; INCONTINENCE D'URINE ; EXCISION D'UN LAMBEAU DU CANAL ; GUÉRISON. — Mademoiselle B... de G..., d'un tempérament lymphatique et jouissant d'une bonne santé, fut prise à l'âge de 16 ans d'un écoulement involontaire d'urine, d'abord lorsqu'elle restait debout, puis dans la situation assise ou couchée. Plusieurs médecins furent consultés successivement pour remédier à cette incommodité. Ils conseillèrent à l'intérieur les as-

tringens, les toniques, les ferrugineux, à l'extérieur l'usage des mêmes médicamens sous forme de lotions froides sur les lombes, le périnée. On eut recours à l'introduction d'un pessaire; enfin on pratiqua le cathétérisme dans le but de déterminer l'irritation du canal de l'urètre. L'emploi de tous ces moyens ne fut suivi d'aucun soulagement. La malade était en proie depuis deux ans à son incommodité, lorsqu'elle s'adressa à M. Gensoul, presque sans espoir de guérison. L'écoulement de l'urine se faisait alors continuellement et goutte à goutte. Cependant l'incontinence n'était pas tout-à-fait complète, car il restait dans la vessie une portion de liquide qui s'écoulait sous l'influence de la volonté, ou lorsqu'on pratiquait le cathétérisme. M. Gensoul toucha la malade, et la sonda dans le but de découvrir qu'elle pouvait être la cause d'une pareille incommodité, et pensa qu'elle ne devait pas être cherchée ailleurs que dans la dilatation anormale du canal de l'urètre, qui avait acquis, en effet, un diamètre suffisant pour permettre l'introduction du petit doigt. L'indication lui parut dès-lors de ramener le canal à un diamètre moins considérable, et il laissa entrevoir qu'on pourrait peut-être y parvenir par le moyen d'une opération : cette chance de salut fut acceptée par la malade avec un tel empressement que M. Gensoul dut chercher les moyens de mettre à exécution ce qu'il avait proposé. Après plusieurs expériences sur le cadavre, il se détermina à pratiquer l'excision d'une portion du canal de l'urètre, et il y procéda de la manière suivante :

La malade fut couchée sur le bord de son lit, comme pour l'opération de la taille. M. Gensoul commença par introduire dans le canal de l'urètre, et le long de ses parois latérales, deux sondes cannelées qu'il écarta en les faisant arc-bouter par leur extrémité postérieure, de manière à former un angle aigu dont le sommet regardait la vessie. Par ce moyen, la cloison urétro-vaginale fut déplissée et tendue horizontalement. Ayant confié les sondes à des aides pour en maintenir l'écartement, il saisit cette cloison avec une pince dont une des branches était dans le canal de l'urètre, tandis que l'autre occupait le vagin; puis, avec des ciseaux droits à lame mince introduits de même, il l'incisa dans une longueur de trois quarts de pouce d'abord du côté droit, puis du côté gauche de la malade. Ces deux incisions se réunirent en arrière, de manière à circonscrire un lambeau triangulaire qui fut enlevé, et dont la base d'environ trois lignes était en avant; elles furent faites de plus chacune obliquement à l'épaisseur même de la cloison et aux dépens de sa face supérieure, afin d'avoir une plaie à surface plus large, et offrant plus de points de contact favorables à la cicatrisation. Les lèvres de la division furent ensuite réunies, à l'aide de deux épingles d'or et de la suture entortillée, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. L'épingle postérieure fut placée la première à quatre lignes environ en avant de l'angle de la division, et

à une distance égale des bords de la plaie ; l'épingle antérieure fut placée de même et à quatre ou cinq lignes en avant de la première. Pour que leur forme fût accommodée à celle du vagin, et que leur présence déterminât le moins d'irritation possible, elles furent recourbées en forme de croissant dans la concavité regardait en bas ; leurs deux extrémités, libres ainsi dans le vagin, reçurent les fils de la suture entortillée. Une sonde de gomme élastique fut passée dans le canal de l'urètre, fixée à l'une des cuisses, et laissée à demeure. Ce canal se trouvait alors rétréci de manière à ne pouvoir permettre le passage d'une sonde d'un calibre supérieur au n.° 7. La malade fut remise dans son lit, les jambes rapprochées et maintenues à l'aide de quelques tours de bandes. On prescrivit le repos, la diète et l'usage des boissons émollientes. Aucun accident ne se manifesta les cinq premiers jours qui suivirent l'opération ; le sixième, la première épingle avait coupé les parties qu'elle embrassait, la réunion s'étant faite néanmoins en deçà et au delà du point de suture, et le contact des bords de la plaie y était parfait. Encouragé par ce succès, et craignant que la seconde aiguille ne donnât lieu au même accident que la première, M. Gensoul la retira le même jour. La sonde fut encore laissée pendant trois jours, époque à laquelle la cicatrisation était entièrement achevée ; elle fut alors retirée, et l'on eut la satisfaction de voir la malade débarrassée de son incontinence ; elle pouvait retenir ses urines nuit et jour, soit couchée, soit debout. Il y a deux ans que cette opération a été pratiquée, et, depuis ce temps, la guérison ne s'est pas démentie ; seulement le canal, qui lors de l'opération, avait été réduit à ses dimensions normales, s'est encore rétréci par le fait de la construction de la cicatrice, et l'émission de l'urine se fait actuellement par un jet mince et délié (Aug. Perouse. *Quelques considérations sur l'incontinence d'urine. Thèse. Paris* 1834, n.° 278, p. 22).

Académie royale de Médecine.

Séance du 28 avril. — LITHOTRITIE CHEZ LES ENFANS EN BAS-AGE. — M. Velpeau donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Leroy, d'Etioles, qui a pour objet de démontrer, par cinq observations propres à l'auteur, que la possibilité de soumettre les enfans à la lithotritie est depuis long-temps un fait démontré, et qu'on a eu tort de l'annoncer récemment comme une pratique nouvelle. Toutes ces observations concernent des enfans âgés de moins de six ans. — Suivant M. le rapporteur, ces faits prouvent que la lithotritie est possible dans l'âge le plus tendre, mais ils ne prouvent pas que cette opération doive être préférée à la taille, et sous ce rapport il partage l'avis

de l'auteur lui-même, qui donne la préférence, dans ces cas, à la dernière de ces deux opérations. M. le rapporteur profite de cette circonstance pour s'élever contre la trop grande faveur, dont, à son avis, la lithotritie est entourée actuellement. La société, dit-il, abusée par des annonces fastueuses, a besoin d'être éclairée à cet égard. D'un côté, on a grossi les dangers de la taille; de l'autre, on a considérablement exagéré l'innocuité de la lithotritie. Si la lithotritie est une conquête heureuse de la chirurgie moderne, elle n'en restera pas moins, comparée à la lithotomie, une méthode simplement exceptionnelle, lorsque la raison permettra de la resserrer dans ses limites naturelles. — La commission propose d'imprimer le mémoire de M. Leroy dans les Fascicules de l'Académie, et d'adresser des remerciemens à l'Auteur. — Sur la proposition de M. Amussat, on remet à la séance prochaine la discussion sur le rapport de M. Velpeau.

Séance du 5 *mai.* — LITHOTRITIE. — M. Amussat s'étonne de l'attaque dirigée par M. Velpeau contre la lithotritie, au moment où cette opération triomphe, dit-il, de tous côtés, des préjugés et de la routine. Il n'y a qu'un vieux chirurgien encroûté de préjugés qui puisse mettre la lithotritie au-dessous de la taille. Pour dresser les statistiques, il faut attendre que les mauvaises passions aient cessé de se faire entendre, et qu'on rassemble des faits seulement sous le point de vue de la science. Un grand argument en faveur de la lithotritie, poursuit-il, c'est que tous les médecins attaqués de la pierre y ont eu recours. Enfin, tranchant la question, il établit formellement la lithotritie comme la règle générale, et la taille comme l'exception.

M. Velpeau répond que dans l'argumentation qui précède il y a beaucoup d'assertions, mais point de preuves. Les médecins atteints de maladie sont aussi bien que les autres hommes, fort mauvais juges des moyens qui conviennent le mieux pour les guérir. Si l'on n'admet pas les statistiques, il n'y a aucun moyen de juger la valeur relative des deux opérations. Passant donc à l'énumération d'un grand nombre de faits dans une partie desquels on a employé la lithotritie, tandis que dans les autres on a employé la taille, M. Velpeau arrive à cette conclusion que la taille, sur un nombre donné de malades, compte moins d'insuccès que la lithotritie. Voici, du reste, les chiffres sur lesquels il s'appuie : en 1827, M. Civiale a traité par la lithotritie 83 malades; 38 sont morts; 3 ont gardé leur pierre, 42 seulement ont guéri, et parmi eux 19 ont éprouvé des accidens graves. En 1830, nouvelle liste de 24 calculeux, 13 guéris, 11 morts. Plus récemment, sur 53 malades, 30 guéris, 15 morts, 8 gardent leur pierre. D'après un quatrième tableau statistique, sur 30 calculeux, 18 guéris, 8 morts, 4 gardent leur pierre. M. Bancal, sur 14 calculeux n'en a guéri que 2. Les résultats obtenus par la taille sont les suivans : à l'hôpital de la Charité, de 1717 à 1728, 1200 malades, 945 guéris, 255 morts. Saucerotte : sur 1629 malades, 1482 guéris. Dupuytren : sur

356, 61 morts seulement. A l'hôpital de Norwich, sur 506, 70 morts. A Leed, sur 197 cas, 28 morts. Chéselden : 213 cas, 24 morts. Frère Côme : 100 malades, 19 morts. M. Souberbielle, 183 malades, 17 morts. Dupuytren : taille bilatérale, 70 malades, 6 morts. M. Cross, 704 cas, 93 morts. M. de Renzi : 389 cas, 60 morts. Pajola, 50 cas, 5 morts. Pansa : 70 cas, 5 morts. Ouvrard, 60 cas, 5 morts. M. Virier, 33 cas, 3 morts. Martineau : 84 cas, 2 morts. Dudley : 72 opérés, 1 mort. Smith évalue ses morts à 1 sur 18; Chelius à 1 sur 22; Petrunti, à 1 sur 25; Santoro, 1 sur 56. Admettons, dit M. Velpeau en terminant, qu'il y a de l'exagération dans les succès annoncés par les lithotomistes; rabattez-en si voulez; mais alors permettez-moi de rabattre aussi de vos succès.— M. Roux pense que le temps n'est point arrivé de juger la question pendante; il existe encore trop peu de faits détaillés et authentiques de part et d'autre.—M. Lisfranc affirme que lorsqu'il a choisi la lithotritie pour lui-même, il n'était point dans le délire; mais qu'il avait pris de nombreuses informations, d'où il est résulté pour lui que si la lithotritie ne doit pas être employée dans tous les cas, elle doit l'être dans le plus grand nombre. Il donne lecture d'un passage d'un article de Dictionnaire, où M. Bégin fournit des résultats dans lesquels la taille paraît inférieure à la lithotritie pour les succès. — M. Velpeau répond que l'exemple de M. Lisfranc et de M. Dubois, qui se sont fait opérer par la lithotritie, ne prouve rien pour la thèse générale; que la statistique donnée par M. Begin est en opposition avec celle qu'il a donnée d'après M. Civiale lui-même, comme M. Bégin; que les résultats de la pratique de M. Lisfranc, comme de celle de M. Roux, comme de la sienne propre, ne sont que des approximations. D'ailleurs, la lithotritie choisissant ses sujets, elle prend les plus favorables et ne laisse à la taille que les plus mauvais. Il ne serait donc pas étonnant que la lithotritie eût plus de succès. Voilà pourquoi il voudrait que la comparaison pût s'établir sur des sujets en nombre égal et offrant les mêmes chances de guérison.— M. Sanson regarde la taille comme préférable en général à la lithotritie. — M. Amussat repousse les argumens tirés de la statistique. Pour être juste, il faudrait, à tous les faits obtenus depuis l'origine de la lithotritie, opposer tous ceux obtenus depuis l'origine de la taille. M. Amussat nie d'ailleurs les accidens attribués à la lithotritie, et reproche aux chirurgiens des hôpitaux de tailler tous les calculeux sans exception. — M. Velpeau cite des cas nombreux d'accidens consécutifs à la lithotritie. — M. Lisfranc soutient que les accidens de la taille sont plus nombreux et plus graves. Suivant lui, il est une méprise qui est propre à la taille; c'est lorsqu'on ouvre une vessie qui ne contenait pas de calcul. — M. Velpeau répond que ce reproche s'adresse aussi bien à la lithotritie, et cite un cas où un lithotriteur trouvant que son malade avait un calcul trop gros pour être broyé, le confia à un lithotomiste; ce malade n'avait pas de calcul.

Séance du 12 *mai.* — TAILLE ET LITHOTRITIE. — M. Souberbielle informe l'Académie qu'il vient de pratiquer la taille sur un médecin d'Andelot, qui a été guéri en dix jours. Il se livre à quelques réflexions au sujet de la discussion qui est soutenue à l'Académie. Sur 133 malades opérés par lui, plus de 30 avaient été infructueusement soumis à des tentatives de lithotritie. Malgré les prétendus perfectionnemens de cette dernière, les accidens qui avaient lieu à son origine se reproduisent encore, ainsi que M. Souberbielle en cite des exemples. — M. Labat annonce un mémoire où il démontrera les avantages des nouveaux procédés de lithotritie. Il propose à M. Velpeau d'opérer un nombre donné de calculeux, lui par la lithotritie, M. Velpeau par la taille, le moins heureux des deux opérateurs s'engageant à payer une somme de mille francs aux opérés.

M. Mérat offre à l'Académie des feuilles d'une plante du Pérou appelée *matica*, qu'il a fait connaître dans le *Dictionnaire de matière médicale*, et des échantillons frais de la rhubarbe, que Wallich a fait connaître, et qu'il assure être l'officinale.

M. Keraudren lit un long rapport sur *l'emploi du sublimé corrosif comme moyen de prévenir la pourriture du bois*. Les conclusions de ce rapport sont les suivantes : 1.° la fermentation des sucs végétaux paraît être la cause première de la carie ou de la décomposition du bois. 2.° Le deuto-chlorure de mercure se combinant avec les sucs albumineux du végétal, prévient leur mouvement fermentatif, et par conséquent la pourriture du bois ou la carie sèche. 3.° Le caractère insoluble et fixe de la nouvelle combinaison s'oppose à la volatilisation, à la dispersion du sel mercuriel, et garantit ainsi son innocuité sur les ouvriers et sur les marins, moyennant la précaution d'écarter, par le lavage, la portion de sublimé qui serait restée libre ou non combinée. 4.° Si, après de nouvelles expériences, on se décidait à faire usage, dans les ports, de la solution mercurielle, on pourrait l'employer d'abord partiellement, en se bornant à préparer au sublimé les bois qui font partie de la quille d'un vaisseau, de ceux qui restent immergés ou qui sont placés au-dessous de la ligne de flottaison. — Le rapport est adopté et renvoyé au comité de publication, avec la modification suivante proposée par M. Pelletier : au lieu de laver le bois avec de l'eau pure pour enlever le superflu de sublimé devenu libre, il vaut mieux le laver avec une eau albumineuse, par exemple, du sang de bœuf battu dans de l'eau ; cette eau albumineuse se combinant sur-le-champ avec le sublimé, celui-ci n'exercerait plus aucune influence fâcheuse.

Séance du 19 *mai.* — LITHOTRITIE. — M. Lisfranc voulant suivre M. Velpeau sur le terrain de la statistique, reproche à celui-ci 1° de n'avoir tenu compte que des résultats favorables en apparence à sa thèse. En effet, dit-il, il n'a point parlé des succès obtenus à Londres par M. Heurteloup qui, sur 38 malades lithotritiés, n'en a

perdu qu'un seul; 2° de s'être appuyé sur des faits inexacts; M. Bancal, cité par M. Velpeau, parle de 4 malades guéris sur 14, et non pas 2. D'ailleurs cet auteur n'avait pas en vue de faire une statistique; 3° enfin, de n'avoir pas assez pesé les faits sur lesquels il a fondé ses argumentations; à cette occasion, M. Lisfranc donne des chiffres qui ne sont pas en harmonie avec ceux présentés par M. Velpeau, et il indique parmi les opérés cités par ce dernier un assez grand nombre de femmes et de sujets très-jeunes chez lesquels la taille a plus de succès que chez les hommes et chez les sujets avancés en âge, et qui, suivant lui, doivent être éliminés pour cette raison. Il résulte de tout cela, dit-il, que ni la lithotritie n'est aussi fatale, ni la taille aussi heureuse qu'on l'a dit. A mesure que la lithotritie deviendra populaire, les malades, que la taille effrayait, viendront de meilleure heure consulter le chirurgien; le nombre des calculs anciens et volumineux décroîtra naturellement, et puisqu'il est accordé que pour les petits calculs la lithotritie doit être préférée, c'est une chance de plus qu'elle a de devenir un jour méthode générale. — M. Velpeau reproche aux partisans de la lithotritie de ne vouloir admettre les relevés statistiques que lorsqu'ils leur sont favorables. Loin d'avoir omis les relevés publiés par M. Bégin, il les a cités d'après leur propre source, les ouvrages de M. Civiale même. Les partisans de la lithotritie ne comptent point parmi leurs opérés les malades qu'on a essayé de broyer sans succès et qu'on a été obligé d'abandonner après quelques tentatives. D'après les relevés même de M. Bégin, on voit que 429 calculeux se sont adressés à M. Civiale; 244 seulement ont été jugés susceptibles d'être lithotritiés. Sur les 183 autres, on ne tient compte que de 88 opérés par la taille. Sur les 97 cas restans, « il n'y a pas eu *réellement* lithotritie, soit que les désordres généraux et les altérations organiques locales eussent fait assez de progrès pour enlever tout espoir de réussite, soit que les malades aient refusé de se soumettre à *d'autres tentatives* après que l'on eût reconnu l'impossibilité de pratiquer le broiement. » En résumé, sur 429 calculeux, avec les ressources combinées de la taille et de la lithotritie, on a obtenu 268 guérisons; 161 sont morts ou restés infirmes, ou ont gardé leur pierre. La taille toute seule avec un mort sur 4, 5 ou 6 opérés est donc supérieure. M. Heurteloup, comme tous les partisans de la lithotritie, voit celle-ci avec amour; M. Velpeau a des lettres de plusieurs chirurgiens de Londres qui le prouveraient au besoin. M. Velpeau insiste sur la nécessité d'essais publics et comparatifs. —M. Amussat refuse d'admettre les résultats de la statistique, attendu que ces relevés de faits, suivant lui, ne prouvent rien. Des essais comparatifs seraient inhumains et barbares, puisque les deux opérations ne sont pas admissibles également dans les mêmes circonstances. La question a donc été mal posée, il ne s'agit pas en effet de savoir d'une manière générale si une opération vaut mieux que l'autre, mais bien

dans quels cas l'une doit être préférée à l'autre. M. Amussat cherche à préciser ces cas, et il conclut en disant que presque toujours il faut s'adresser d'abord à la lithotritie. — M. Velpeau répond que la bonne statistique est le seul moyen de décider la question. Pourquoi des essais comparatifs seraient-ils barbares? est-ce parce que la lithotritie vaut mieux que la taille? Mais c'est là justement le point en litige. M. Velpeau produit ensuite quelques citations d'où il résulte que la lithotritie n'est pas aussi réellement perfectionnée qu'on veut bien le dire. — M. Roux forme le désir de voir les chirurgiens recueillir des faits suffisamment détaillés à l'aide desquels on puisse établir des statistiques exactes. Voici, dit-il, en terminant, mon opinion nettement formulée : La taille doit être conservée, pour les enfans d'abord, ensuite pour les adultes qui ne sont pas dans les circonstances convenables pour la lithotritie. — Le discussion est remise à la séance prochaine.

BIBLIOGRAPHIE.

Quelques considérations sur la nature de la goutte et sur son traitement par les eaux thermales de Vichy; par Ch. Petit, *D. M. inspecteur-adjoint des eaux de Vichy*. Paris, 1835, in-8.°, pp. 37. Chez Crochard.

M. Petit, après avoir jeté un coup d'œil sur les diverses théories émises par les auteurs sur la nature de la goutte, présente quelques-unes des considérations qui lui font penser avec plusieurs écrivains que les affections goutteuses et la gravelle rouge, d'acide urique, sont liées à la même cause; que ces deux maladies ne diffèrent que par le siége qu'elles occupent, et consistent en l'excès dans le sang d'acide urique ou des élémens qui servent à former cet acide. M. Petit s'est donc dit qu'il était naturel d'en conclure que le traitement qui réussit dans l'une doit convenir dans l'autre. Telles sont les idées qui ont porté l'auteur à tenter l'emploi des boissons et des bains alcalins, celui des eaux de Vichy en particulier, contre les affections goutteuses, reconnues d'ailleurs rebelles à la plupart des modes de traitement. Sans chicaner ici M. Petit sur la théorie nécessairement très-incomplète qu'il donne de la goutte, sur l'insuffisance d'un seul caractère, tel que l'excès d'acide urique, pour constituer l'essence de deux maladies qui ne diffèrent pas seulement par le siége, comme il le prétend, tenons-nous-en aux faits que ce médecin présente pour appuyer ses présomptions théoriques. L'expérience seule peut d'ailleurs prononcer en faveur de la médication. Du reste, ce n'est qu'avec une sage réserve que M. Petit en publie les résultats. Il n'a pas eu, dit-il, l'occasion d'y soumettre un assez grand nombre de gout-

teux, ni depuis un temps assez long pour qu'il soit possible jusqu'à présent d'en tirer aucune conclusion. Je suis donc loin, ajoute-t-il, d'affirmer qu'on guérira la goutte à Vichy ou en général par l'usage des boissons alcalines, et qu'on la guérira dans tous les cas. Cependant l'amélioration a été si marquée, si progressive, et s'est si bien soutenue jusqu'à présent dans les cas que j'ai commencé à recueillir, que, tout isolés et tout incomplets qu'ils sont, j'ai cru devoir les faire connaître, etc. Les deux faits que cite M. Petit sont en effet fort remarquables. Le dernier surtout, montre les accès d'une goutte qui a duré pendant de longues années et qu'aucun remède n'a entravés, malgré d'apparentes améliorations, montre les concrétions gélatineuses ou tophacées qui ont envahi les articulations; enfin toutes les lésions qui s'en sont suivies dans les diverses fonctions, s'amendant successivement, sous l'influence des eaux de Vichy, de manière à ce que le malade, sans être entièrement guéri, est revenu à un état de santé satisfaisant, surtout si on le compare à l'état dans lequel il se trouvait avant l'usage des eaux. Ainsi les concrétions ont éprouvé de notables changemens : un certain nombre ont disparu ; presque toutes ont diminué considérablement d'épaisseur et d'étendue. Les diverses articulations des pieds ont repris un certain degré de souplesse. Depuis un grand nombre d'années, les retours et la violence des attaques croissaient malgré tous les moyens ; il ne s'était pas passé d'hiver sans que le malade éprouvât une et quelquefois deux attaques qui le retenaient six ou même huit mois au lit dans l'état le plus pénible et le plus inquiétant. Dans l'hiver qui a suivi l'usage des eaux, il a joui de la meilleure santé, à cela près que la marche est encore difficile. — M. Petit annonce qu'il publiera les nouveaux faits qu'il aura sans doute bientôt occasion de recueillir. Les deux observations qu'il rapporte dans sa brochure formeront un préjugé favorable à la médication qu'il a employée, et donneront une idée de l'action des eaux de Vichy, et de la manière éclairée dont elles sont administrées par l'inspecteur adjoint.

Traité des rétrécissemens de l'urètre et du rectum ; par S. Tanchou. *Un vol. in-8°, 274 pages, avec 3 planches lithog.* Paris, 1835.

Le livre de M. Tanchou est un recueil d'observations propres à l'auteur, et de réflexions sur les rétrécissemens de l'urètre, plutôt qu'un traité dogmatique sur ces maladies. C'est donc un ouvrage que les praticiens consulteront avec fruit. L'article qui concerne les coarctations du rectum mérite surtout de fixer l'attention. Quant aux instrumens imaginés par M. Tanchou, et à ce qu'il dit des scarifications urétrales, nous ne pensons pas que les chirurgiens puissent en retirer un grand profit. Bref, c'est un ouvrage dont on doit savoir gré à l'auteur, mais qui ne satisfait que très-incomplètement aux besoins actuels de la science, relativement aux maladies de l'urètre.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUIN 1835.

***Mémoire sur les maladies du système lymphatique; par A. Velpeau, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de la Charité* (1).**

La pathologie des artères et des veines a été, depuis un demi-siècle environ, le sujet de recherches qui ont singulièrement agrandi le champ de la médecine et de la chirurgie. En ce sens le système veineux, bien plus encore que les vaisseaux à circulation excentrique, est devenu la source de vives lumières. Chargé de rapporter au cœur le sang, plus ou moins dénaturé, que les artères ont introduit dans les divers tissus, réceptacle commun de toutes les matières récrémentitielles et de la plupart des molécules destinés à pénétrer dans le torrent circulatoire, les veines servent ainsi de conducteurs à des causes innombrables de maladies, outre qu'elles sont elles-mêmes le siége d'altérations multipliées. Aussi ont-elles acquis de nos jours une importance extrême en pathologie générale. Or, il est dans l'économie un autre système organique qui semble partager avec les veines la fâcheuse prérogative de concourir à la production d'une foule de lésions, et qu'on a presque complètement oublié jusqu'ici. Je veux parler du système lymphatique. On dirait en effet que, sous ce point de vue, les obser-

(1) Ce travail est rédigé depuis le mois de janvier. L'auteur l'a déposé à l'Institut le mois dernier.

vateurs l'ont laissé où en était le système vasculaire à sang noir, avant les recherches de J. Hunter et les travaux modernes. Adoptant en grande partie les idées de Mascagni sur son rôle physiologique, je me suis attaché de bonne heure à en étudier les altérations. Je m'étais dit : puisque les vaisseaux lymphatiques existent partout, et qu'à l'instar des veines ils servent à la circulation convergente, ils doivent, comme les veines aussi, transporter d'un point dans l'autre le germe de maladies nombreuses, et, par le trouble de leurs propres fonctions, faire naître des changemens appréciables dans les tissus voisins. Ce qu'on savait des scrofules, des infiltrations, et le livre de M. Alard sur l'éléphantiasis, venait déjà fortifier cette pensée ; mais il fallait envisager la question sous d'autres faces et invoquer de nouveau l'observation sans abandonner le flambeau de l'anatomie et de la physiologie expérimentales. Cet objet m'occupe depuis 1818. Ce que j'ai publié en 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1829, etc., sur les altérations des fluides, s'y rapporte presque autant qu'à la pathologie des veines : seulement je ne l'avais point encore abordé isolément, comme je me propose de le faire aujourd'hui. La matière est d'ailleurs trop neuve pour qu'il soit permis de la traiter maintenant à fond et dans tous les détails qu'elle comporte ; je m'en tiendrai donc aux points sur lesquels je crois pouvoir répandre quelque jour. Parmi ces points, je m'arrêterai d'une manière spéciale à l'inflammation aiguë des *vaisseaux*, au gonflement phlegmasique ou autre des *ganglions*, puis à la cause indirecte et à la méthode curative ou préventive de cette double lésion. Mon travail se divise, par cela même naturellement en deux sections, l'une pour le système lymphatique en général, l'autre pour les lymphatiques pris dans chaque région du corps. Deux chapitres se partagent ensuite chacune de ces sections et se rapportent, l'un aux vaisseaux, l'autre aux ganglions lymphatiques proprement dits.

Section I.re *Inflammation des lymphatiques en général.*

Comme tous les autres tissus, le tissu lymphatique est susceptible de s'enflammer de différentes manières et à différens degrés. On y observe, comme partout ailleurs, des phlegmasies par cause directe et par cause indirecte, des phlegmasies par suite de contusion, de solutions de continuité, qui ont porté sur les vaisseaux ou les ganglions lymphatiques eux-mêmes; mais ces inflammations n'en sont pas moins le plus souvent causées par des maladies d'abord étrangères aux organes dont il s'agit en ce moment. Il est aisé de reconnaître en effet que presque toutes les maladies du système lymphatique tiennent à ce que des fluides altérés ou produits par l'inflammation s'y sont introduits par voie d'absorption ou par imbibition, et l'ont parcouru de la périphérie au centre ou y ont été retenus d'une manière quelconque. C'est là l'étiologie que j'ai surtout l'intention d'établir. Nous verrons plus loin quelles sont les conséquences pratiques qu'il est possible d'en tirer. Mais comme les accidens ne sont pas exactement les mêmes dans les vaisseaux et dans les ganglions, il convient de les étudier séparément dans ces deux portions de l'appareil lymphatique.

Chap. I.er *Inflammation des vaisseaux lymphatiques.* — Si les phlegmasies de la portion canaliculée du système lymphatique ont encore si peu fixé l'attention des praticiens, c'est que, difficiles à constater directement dans un grand nombre de cas, elles ont souvent été méconnues ou confondues avec les maladies de quelqu'autre système, du système veineux, par exemple. Un coup-d'œil sur leurs cause, leur mécanisme et leurs signes, nous mettra mieux à même de faire ressortir la vérité de cette assertion.

§. I.er *Étiologie.* — Sans admettre d'une manière absolue, avec Mascagni, MM. Fohmann, Lauth et Panizza, que les vaisseaux lymphatiques constituent à eux seuls la presque totalité du tissu cellulaire et de ses composés, on

est au moins forcé de convenir que ces canaux existent en assez forte proportion au milieu des différentes couches organiques de l'économie animale. D'un autre côté, il n'est plus possible de leur refuser aujourd'hui la faculté d'absorber. La conséquence de cette simple remarque est que des vaisseaux lymphatiques entourent ou traversent tous les foyers morbides, et que, partout où il y a maladie, ils peuvent se charger de matières hétérogènes capables de les enflammer. Ce que l'anatomie et la physiologie indiquent *à priori*, l'observation le démontre chaque jour au lit des malades. Sous ce rapport même, l'inflammation des vaisseaux lymphatiques offre deux variétés très-distinctes : tantôt le foyer morbide, les liquides altérés qui la causent sont à l'abri du contact de l'atmosphère ; tantôt, au contraire, ils ont subi primitivement ou secondairement l'action de l'air extérieur. Delà une différence essentielle qu'il importe de ne point oublier.

Lorsqu'il n'y a ni plaie, ni ulcère, ni croute, ni excoriation aux tégumens, les molécules altérées, modifiées par l'inflammation ou par un travail morbide quelconque, acquièrent rarement des propriétés aussi nuisibles que celles qui se déposent au fond des blessures, des solutions de continuité en général. Aussi peuvent-elles entrer en grande proportion dans les veines sans les enflammer et sans faire naître d'accidens manifestes d'intoxication. La même chose a évidemment lieu pour les vaisseaux lymphatiques, qui, sans cela, seraient affectés de phlegmasie chez presque tous les malades. Il faut ajouter que, n'étant alors ni contus, ni déchirés, ni coupés, que se trouvant en quelque sorte protégés par le travail inflammatoire des autres tissus, ces canaux sont peu disposés à se laisser pénétrer par les liquides environnans. C'est tout le contraire dans les autres cas. Pour s'en convaincre, il suffit de se rappeler qu'à la surface des plaies, tous les produits de l'inflammation, tous les matériaux venus de l'intérieur ou de l'exté-

rieur éprouvent rapidement de nombreuses modifications; qu'en réagissant les uns sur les autres sous l'influence de l'air, leurs élémens les transforment quelquefois en produits nouveaux comparables, dans certains cas, à de véritables poisons. En se fluidifiant, ces matières, stagnant d'ailleurs sur des porosités ou des extrémités de vaisseaux divisés, deviennent ainsi dans la plupart des circonstances et plus âcres et plus pénétrantes. Il est donc tout simple qu'elles rentrent plus fréquemment dans le torrent circulatoire, et qu'elles irritent plus fortement les vaisseaux qui les reçoivent que dans la supposition précédente. On conçoit toutefois que l'angioleucite puisse se développer sans qu'il y ait solution de continuité extérieure, par le même mécanisme que dans le cas de suppuration traumatique; je veux seulement dire que, toutes choses égales d'ailleurs, elle est alors beaucoup plus rare.

L'organisme a trois manières ici de la produire : *a.* Par *continuité de tissu* ou de l'extérieur à l'intérieur du canal; c'est-à-dire que, traversant des organes enflammés, les vaisseaux lymphatiques finissent par s'enflammer eux-mêmes dans le point correspondant avant de présenter la moindre trace de phlegmasie ailleurs. *b.* Par *obstruction* ou par trouble de leur circulation; c'est-à-dire que, resserrés, fermés d'une manière ou d'une autre au milieu des tissus malades, ils peuvent s'enflammer au-dessous à cause de la distension que les fluides, dont le mouvement est ainsi dérangé, leur font éprouver. *c.* Enfin par *absorption*, ou de dedans en dehors; c'est-à-dire que, soit par leurs porosités latérales, soit par leurs racines, ils prennent dans la partie affectée une assez grande quantité de principes irritans pour s'enflammer à la manière des veines, ou comme ils le font quand le mal prend sa source dans un foyer tégumentaire.

Dans ce dernier cas, la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques peut naître aussi de trois façons : 1.° de *proche*

en proche, ou comme dans les organes membraneux; c'est-à-dire que, partant de la blessure, l'inflammation envahit les vaisseaux lymphatiques et semble se porter avec rapidité vers leur origine ou leur terminaison, sans que pour cela ils aient nécessairement dû se charger au préalable de produits morbifiques; 2.° par *irritation interne* ou par infection; c'est-à-dire que, celles de leurs bouches ou de leurs racines qui plongent dans le foyer pathologique venant à se charger de molécules hétérogènes, ils peuvent supporter mal le contact de pareilles matières et s'enflammer secondairement de l'intérieur à l'extérieur sur un point ou sur un autre de leur trajet. Nul doute que ce ne soit là le mécanisme de *l'angioleucite* dans le plus grand nombre des cas; mais il n'en faut pas moins admettre, 3.° qu'elle peut marcher aussi de l'extérieur à l'intérieur ou par contiguité de tissus, comme dans les circonstances où la peau est entière et parfaitement saine.

C'en est assez, je pense, pour montrer, pour faire sentir combien les causes de la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques doivent être nombreuses et variées. En prenant la première espèce que j'ai signalée, ou celle qui naît sans solution de continuité extérieure, on voit que l'inflammation en général, soit aiguë, soit chronique, soit diffuse, soit circonscrite, en est une occasion incessante tant qu'elle existe dans les parenchymes, dans les glandes, sous la peau, entre les muscles, autour des os, dans les articulations, et dans toutes les formes que peut revêtir le tissu cellulaire. Il en est de même du pus, soit qu'il reste à l'état d'infiltration, soit qu'il se présente sous forme de collection, d'abcès phlegmoneux, d'abcès froid, d'abcès par congestion. Ce que je dis du pus, sous ce rapport, s'applique également au sang et à tous les autres fluides épanchés, pour peu qu'ils aient subi d'altération dans le foyer ou dans les foyers qui les récèlent. Les tubercules, les cancers de toutes sortes, la plupart des dégénérescences

et des productions morbides, enfin, sont encore dans le même cas.

La deuxième espèce trouve sa source dans toutes les solutions de continuité qui, de près ou de loin, communiquent avec l'atmosphère. Ainsi, il n'est peut-être pas une maladie de la peau qui ne l'ait quelquefois produite. Les affections psoriques, lichénoïdes, eczématiques, varioliques, etc., les ulcères, les engelures, les écorchures, les plaies de toutes les formes, les tumeurs, les plaques ou les tubercules syphilitiques, les masses squirrheuses, encéphaloïdes, mélaniques, et autres, en sont fréquemment le point de départ. Les fistules, les abcès ouverts, les fractures, les luxations avec déchirure des tégumens et suppuration, les plaies diverses qui résultent des amputations ou de quelqu'autre opération que ce soit, n'y exposent guères moins. Si de la peau et des tissus sous-jacens on passe aux membranes muqueuses, on ne tarde pas à faire les mêmes remarques ; c'est-à-dire, que les inflammations, les éruptions, les ulcérations, les lésions quelles qu'elles soient de ces tuniques ou de leur doublure qui impriment une altération morbide aux fluides dont elles s'imbibent ou avec lesquels elles sont en contact, déterminent très-souvent aussi l'angioleucite.

Si quelque chose doit frapper l'esprit de l'observateur, d'après cette énumération, c'est la rareté proportionnelle de l'inflammation des lymphatiques ; mais l'étonnement cesse bientôt quand on réfléchit que ces causes si variées ne sont le plus souvent que des causes prédisposantes, et que des conditions d'un autre genre sont encore nécessaires dans presque tous les cas pour les porter au degré de causes occasionnelles. Toutes semblent avoir plus d'énergie jusques à la puberté et dans la vieillesse que chez l'adulte et dans l'âge mur ; quand le tissu cellulaire et les fluides blancs prédominent, que chez les sujets à fibres sèches, et nerveux ou fortement musclés ; lorsque la constitution est

usée par les excès, un mauvais régime ou de longues maladies, que si la santé est bonne d'ailleurs et l'individu robuste. Il faut ensuite que les matières altérées pénètrent en assez grande quantité ou soient douées de certaines qualités pour avoir de l'effet; aussi s'en fait-il dans quelques cas une absorption considérable sans inconvéniens manifestes, tandis que, dans plusieurs autres, quelques molécules suffisent pour déterminer l'inflammation la plus vive et la plus étendue. C'est même à l'aide de cette particularité qu'on s'explique pourquoi l'angioleucite est si peu commune comparée à la fréquence de sa cause, dans les phlegmasies ou autres affections soustraites à l'action de l'air; tandis que la plus petite écorchure, la plus légère piqûre, la plus simple ulcération des tégumens, la font si aisément naître... On comprend encore que certains rapports des orifices, des porosités lymphatiques avec les principes délétères, doivent lui être plus favorables que d'autres. Une impression morale vive, un trouble brusque dans quelque fonction, une circonstance quelconque venant à rompre momentanément l'harmonie vitale ou organique ailleurs que dans le foyer primitivement atteint, sont également de nature à en exciter les effets. On dirait parfois qu'elles épient le moment où l'organisme luttant contre quelqu'autre danger semble les avoir abandonnées aux lois de la chimie générale, pour envahir le système lymphatique ou les veines.

Lorsque tant de conditions peuvent hâter ou retarder le développement d'une maladie, il n'est pas surprenant que ses causes naturelles se remarquent souvent sans la produire. Ajoutons que les actions moléculaires qui amènent ordinairement l'angioleucite, sont probablement encore soumises à beaucoup d'autres influences, et que nous ne pouvons pas avoir la prétention de connaître actuellement tous les élémens du problême relatif à cette inflammation.

§. II. *Symptômes.* — Les phénomènes que produit l'inflammation des vaisseaux lymphatiques sont de deux ordres, locaux et généraux.

1.° *Symptômes locaux.* — Les phénomènes locaux offrent eux-mêmes quelque différence, selon que la phlegmasie porte sur le plan superficiel ou sur le plan profond. Je crois en conséquence devoir les examiner successivement sous ces deux points de vue.

a. Si le mal débute par les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés, en cherchant bien on en trouve à-peu-près constamment la cause dans une solution de continuité, une inflammation ou une suppuration de la couche tégumenteuse. Un changement s'est opéré dans la lésion préexistante qui s'est affaissée ou enflammée davantage. La suppuration dont cette lésion était le siége s'est brusquement tarie ou dénaturée, ou bien elle a pris subitement une certaine extension. Un érythème vient de se montrer autour des plaies, des ulcères qu'on traitait par les bandelettes emplastiques, des cataplasmes mal préparés, mal conservés, ou qui étaient restés couverts de croutes. Des stries, des rubans, des plaques qui varient pour la couleur, du rouge clair ou rosé au rouge vineux ou violacé, ne tardent pas à se montrer sur quelqu'autre point de la région malade. Ces rubans sont tortueux, irréguliers, entrecroisés de manière à circonscrire des îles de peau saine, et suivent le trajet des vaisseaux lymphatiques. Ce n'est pas toujours sur les points les plus rapprochés de la blessure qu'on les observe d'abord. Les premiers qu'on aperçoive se montrent même parfois à une grande distance au-dessus. Des plaques érysipélateuses de même couleur viennent bientôt s'y entremêler, au moins dans une certaine étendue de la région affectée. Comme disséminées çà et là dans le principe, ces plaques finissent par se grouper, par se confondre et par constituer un véritable érysipèle. Le pourtour ou les environs de la partie lésée en sont en général affectés les

premières. Delà elles gagnent de proche en proche à la manière des inflammations ordinaires, mais il est rare qu'il ne s'en manifeste pas d'autres sur des régions plus ou moins éloignées; à tel point que le malade semble être pris simultanément de plusieurs érysipèles réunis par de simples stries rougeâtres. Une douleur âcre et comme brûlante se fait sentir partout où la rougeur existe. Assez souvent les malades s'en plaignent avant l'apparition des rubans inflammatoires. Le moindre attouchement l'exaspère comme dans l'érysipèle. Elle n'est ni pulsative, ni lancinante, ni pongitive; elle ressemble plutôt à celle que produit l'insolation. Le gonflement est d'abord peu considérable. Entre les rubans, les simples stries, on n'en remarque presqu'aucun. Souvent il en existe à peine sur le trajet de ces bandelettes elles-mêmes, qui restent parfois fort souples, et qui sont loin d'offrir toujours à la pression l'aspect de cordons indurés que l'œil semblerait indiquer. Les plaques peuvent rester aussi quelque temps sans en être compliquées. Le plus souvent on observe cependant tout le contraire, et la tuméfaction de la couche sous-cutanée suit de très-près le développement des traînées ou des taches phlegmasiques. La diffusion de ce gonflement est rarement complète. Il s'étend irrégulièrement en profondeur autant qu'en surface, et se développe peut-être plus par noyaux que par plaques. La raréfaction qui le produit semble d'ailleurs porter sur la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et les couches voisines tout ensemble, au lieu de ne comprendre qu'un de ces plans. Partout enfin il semble s'attacher aux canaux, aux plexus et aux ganglions lymphatiques, bien plus qu'à la disposition anatomique du tissu cellulaire proprement dit. Dans le principe les tissus conservent encore une certaine souplesse, malgré le gonflement et la rougeur. Plus loin la tension augmente, mais en leur laissant quelque chose de spongieux. Le doigt les trouve comme œdématiés, et en constate bientôt l'état d'infiltra-

tion. On voit, en un mot, que ce n'est pas la tension franche, élastique, régulière ou égale, ni l'empâtement aigu du phlegmon ou de l'érysipèle. Tout ce que je viens de dire de la rougeur, de la tuméfaction et de la tension s'applique à la chaleur, qui n'est très-grande qu'au début et qui n'augmente pas en proportion des autres symptômes. Comme dernier caractère de l'angioleucite superficielle, il faut ajouter le gonflement des ganglions où vont se rendre les vaisseaux enflammés. Ce symptôme est un des plus constans, et on le conçoit, car il est difficile que les liquides qui viennent d'un canal ainsi affecté puissent traverser les ganglions sans y déposer quelque germe d'irritation. A la rigueur on conçoit aussi cependant qu'il puisse manquer quelquefois; lors, par exemple, que la phlegmasie naît par obstruction au-dessous du foyer morbide, ou lorsque la maladie se borne vite en oblitérant les vaisseaux de manière à se transformer bientôt en érysipèle ou en phlegmon proprement dit.

b. Lorsque le plan profond des vaisseaux lymphatiques est pris le premier, comme on le voit quelquefois dans les cas de plaies ou d'ulcères qui pénètrent au-delà des aponévroses, puis dans les cas de contusions, de phlegmasie, de suppurations centrales, les accidens se montrent sous un jour un peu différent. C'est la douleur qui fixe d'abord l'attention. Elle est profonde alors, pongitive ou lancinante, et se fait sentir sur un point où elle se fixe et peut rester long-temps. Si le mal prend de l'extension elle se montre bientôt dans d'autres régions, soit simultanément, soit successivement. On ne peut pas dire qu'elle manque absolument dans l'intervalle des foyers qui en sont le siége spécial; mais elle y est du moins assez faible pour ne pas occuper beaucoup le malade. Ce n'est point une douleur rayonnante, ni linéaire, ni diffuse, ni qui revienne par accès; elle est fixe, mais disséminée comme par foyers, et d'une intensité inégale dans les différens points. Le gon-

flement vient en second lieu, ou plutôt il nait presqu'en même temps que la douleur, et dans les mêmes lieux. C'est du centre à la circonférence qu'il marche et se développe. On l'observe sous forme de masses plus ou moins étendues, de noyaux épais autant que larges, et non avec l'aspect de plaques, comme dans le cas indiqué tout-à-l'heure. On reconnaît sans peine qu'il a son point de départ sous les aponévroses, et que les tissus sont d'autant moins denses qu'on se reporte davantage vers la peau qui conserve longtemps de la souplesse et une certaine mobilité. S'il parvient à se généraliser, ses premiers caractères n'en persistent pas moins en partie jusques à la fin; c'est-à-dire que, malgré la tuméfaction générale, on peut encore retrouver çà et là des régions plus gonflées et sensiblement plus denses que les autres. La rougeur ne se montre qu'après les deux phénomènes précédens. Elle est moins superficielle que dans l'autre variété, et ne se laisse, pour ainsi dire, apercevoir que par transparence, sous la forme de plaques irrégulières et non de rubans ou de stries. On dirait qu'elle est plus intense et plus étendue à mesure que l'œil la cherche plus profondément. La peau, d'ailleurs tendue et comme amincie ou raréfiée, est luisante et plutôt blanche ou d'un rose pâle, comme infiltrée de petit-lait trouble, que véritablement rouge, dans l'intervalle des foyers inflammatoires. Ce sont les ganglions lymphatiques profonds qui se tuméfient et deviennent douloureux. L'infiltration est plus rapide et acquiert plus facilement une grande extension. Aussi l'ensemble des accidens de l'angioleucite profonde fait-il naître, dans beaucoup de cas, l'idée d'un œdème inflammatoire bien plutôt que celle d'une phlegmasie disséminée ou d'un érysipèle phlegmoneux.

c. On aurait tort toutefois de croire que les deux plans de lymphatiques puissent être ainsi affectés longtemps l'un sans l'autre. Le plus souvent au contraire celle du plan superficiel ne tarde pas à s'étendre au plan profond, et récipro-

quement. Il en résulte que dans la première variété l'engorgement, l'infiltration et la douleur, finissent souvent par comprendre toute l'épaisseur de la partie ; de même que dans la deuxième, on voit, plus tôt ou plus tard, se manifester à la peau des stries rouges et de véritables plaques érysipéalteuses ; cela fait aussi que les ganglions superficiels et profonds se prennent presque toujours dans les deux cas.

Tout s'explique au reste sans difficulté dans cette marche de l'inflammation des lymphatiques. Les ganglions s'engorgent, parce que des matières altérées leurs sont apportées à la place des fluides qui les traversent ordinairement. Les rubans et les stries rouges sont dus à ce que la phlegmasie s'est transmise à l'enveloppe cellulaire de chaque vaisseau malade. C'est à l'endroit où ces vaisseaux s'abouchent ou semblent s'entrelacer que se voient des plaques, des noyaux plus durs et plus rouges, parce que là plusieurs rayons inflammatoires ont pu se confondre de bonne heure et prendre de l'extension l'un par l'autre, au moyen du tissu cellulaire interposé. Le gonflement et la tuméfaction sont dus ici, comme dans toute autre inflammation, à l'afflux et à la stagnation de différens liquides ; mais ils sont et plus considérables et plus souvent accompagnés d'infiltration, parce que les vaisseaux lymphatiques ne peuvent pas être long-temps enflammés sans perdre de leur calibre, sans troubler le cours de la lymphe, sans forcer une partie des fluides blancs à s'épancher dans le tissu voisin, à stagner hors de leurs voies naturelles. Enfin la maladie passe d'une place à l'autre, parce qu'il existe de nombreuses communications entre eux, et parce qu'en troublant les fonctions de l'une, la maladie doit presque nécessairement réagir sur l'autre. On doit ajouter encore que si des érysipèles, des phlegmons de toutes les nuances, succèdent souvent à l'angioleucite, c'est qu'en retenant les liquides dans les couches environnantes, cette maladie devient une cause puissante d'inflammation sur les confins du lieu qu'elle oc-

cupe elle-même, c'est que les fluides qu'elle empêche de rentrer dans la circulation générale ne tardent pas à faire l'office de corps étrangers entre les petits canaux primitivement affectés.

2.° *Symptômes généraux.* — Les symptômes généraux de l'angioleucite ne sont pas autant modifiés que les symptômes locaux par la profondeur du plan qu'elle a d'abord envahi. De simples horripilations en annoncent quelquefois le début. Plus souvent elle est précédée de frissons irréguliers, d'un véritable tremblement, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente vernale ou d'une vaste inflammation de quelque membrane séreuse. Ces frissons, ce tremblement, alternent fréquemment avec une grande chaleur et beaucoup de sécheresse à la peau, dont la teinte rosée augmente plutôt qu'elle ne diminue, au moins dans les premiers jours. Le pouls, toujours fréquent, est tantôt fort et large comme dans la fièvre dite inflammatoire, tantôt petit et inégal comme dans les fièvres par infection. Une soif vive tourmente la plupart des malades, qui éprouvent en même temps de l'anxiété précordiale et sont pris de nausées et de vomissemens réels. Quoique le délire ne se montre que rarement d'abord, il y a cependant presque toujours de l'insomnie, de l'agitation et une altération manifeste dans les fonctions du système nerveux. Les sécrétions ne sont pas toujours troublées. Une partie, et même l'ensemble de ces divers accidens peuvent exister deux ou trois jours avant l'apparition des phénomènes locaux. L'état fébrile se comporte alors à peu près comme dans les phlegmasies exanthematiques, avec cette différence seulement qu'il ne cesse pas, qu'il semble plutôt s'aggraver après le développement de l'angioleucite. La langue, qui se charge bientôt d'un enduit jaune ou grisâtre, reste lisse et rougit à peine vers la pointe ou sur ses bords. Elle ne se dessèche qu'assez tard, à moins que le mal n'acquière une grande intensité. Dans ce cas c'est généralement la pointe, puis la région médiane qui

commencent à s'encrouter. Il est des cas néanmoins où elle prend l'aspect d'une rape sur toute sa face dorsale en même temps. En se séchant elle ne perd pas toujours sa couleur grise ou roussâtre. C'est son propre tissu qui semble se durcir autant que la couche limoneuse dont elle pourrait être chargée. Plus tard elle devient tout-à-fait crouteuse et fendillée comme dans la dothinentérie. Dès ce moment les gencives et le reste de la bouche se couvrent aussi de fuliginosités. Au total l'angioleucite donne cependant lieu à une réaction générale qui en imposerait plus facilement pour une fièvre ataxique que pour une fièvre purement adynamique.

On se rend compte du trouble que je viens de signaler, en partageant les symptômes qui le caractérisent en deux groupes, l'un qui produit l'inflammation, l'autre qui détermine l'infection du sang. Le développement, la force, la fréquence du pouls, la chaleur, la coloration de la peau, la soif, appartiennent au premier; les frissons, l'agitation, les nausées, l'état de la bouche, se rapportent plutôt au second. Quand l'inflammation est intense et large, la réaction vasculaire est d'abord très-forte Les ganglions et l'oblitération des vaisseaux altérés gênent, il est vrai, l'entrée du pus ou du principe irritant dans le sang; mais ils ne l'empêchent pas absolument. Tant que la circulation lymphatique continue de se faire, il est presqu'impossible qu'une partie des fluides dénaturés par l'angioleucite ne finisse pas par entrer dans les veines, et je m'étonne qu'on ait eu la pensée de le contester. On ne peut nier pourtant que cette infection ne se fasse avec une grande lenteur et en quelque sorte molécules par molécules. Aussi les accidens qui s'y rapportent paraissent-ils comme perdus dans le principe au milieu des symptômes de réaction phlegmasique; tandis que, plus tard, ils finissent quelquefois par prédominer.

§ III. *Terminaisons et pronostic.* — L'inflammation des

lymphatiques peut se terminer par résolution. La suppuration en est cependant une des suites les plus ordinaires. Assez souvent aussi même elle se termine par la mort. La dégénérescence éléphantiaque est encore une de ses modes de terminaison.

1°. On a droit de compter sur la *résolution*, si la phlegmasie ne comprend qu'un petit nombre de vaisseaux et lorsqu'elle n'a point dépassé le plan superficiel. J'en dirai autant des cas où le foyer qui la produit est de nature à s'éteindre promptement de lui-même, ou bien à se laisser facilement modifier, améliorer par l'art.

2.° Autrement, la *suppuration* est presqu'inévitable. Il faut s'attendre à la voir survenir toutes les fois que de nombreuses plaques rouges, tendant à se confondre, couvrent la partie, et qu'il y a au-dessous des noyaux douloureux d'une certaine épaisseur. Elle est d'ailleurs longue à se former. On l'observe sous deux aspects différens, à l'état d'infiltration et sous forme de collections plus ou moins vastes. Le pus reste infiltré sous les stries rouges, entre les couches musculaires et le long des vaisseaux. Les abcès se montrent plus particulièrement sous les plaques, et de manière que les principaux noyaux enflammés deviennent le centre d'autant de dépôts purulens. Quelquefois aussi l'abcès est large et presque diffus comme dans l'érysipèle phlegmoneux. Qu'ils soient profonds ou superficiels, la fluctuation ne s'y laisse apercevoir que très-tard. Quand on les ouvre, ils donnent une plus grande quantité de pus qu'on ne l'eût supposé d'après leur volume apparent. Rarement il s'en développe pour un seul. Le premier en annonce à peu près constamment plusieurs autres, qui paraîtront successivement à quelques jours d'intervalle et sur des points différens. J'en ai vu survenir ainsi jusqu'à quinze chez la même personne. Ils restent ordinairement entourés d'un empâtement, de bords durs qui ne persistent pas aussi longtemps dans les dépôts phlegmoneux simples.

Leur intérieur ne présente ni brides, ni cloisons. Ils se détergent et se cicatrisent parfois assez vite, quoique le pus en soit souvent très-fluide et mal lié.

3.° La terminaison par *induration*, sans suppuration, est assez rare. Elle appartient presqu'exclusivement à l'angioleucite chronique. M. Alard en a donné une description assez exacte. Quelques observations en ont été publiées depuis par les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de la peau et par M. Fabre. Elle n'a lieu par suite de l'inflammation aiguë qu'accidentellement, que si un vice de constitution ou un traitement incomplet est venu en entraver la marche. La lymphe retenue, infiltrée dans les mailles celluleuses, est alors assez peu dénaturée, assez concrescible pour tendre sans cesse à se combiner avec les tissus qu'elle gonfle, qu'elle *hypertrophie*, qu'elle transforme en couches ou en masses lardacées.

4.° L'angioleucite peut se terminer par *la mort* au moment où la réaction inflammatoire est le plus vive, et vers la fin quand la suppuration se prolonge. On a lieu de la redouter dans le premier cas, lorsqu'un délire intense, avec sécheresse de la bouche, nausées, coïncidant avec une phlegmasie très-étendue, se maintient après les huit ou dix premiers jours de la maladie. Elle est encore à craindre dans les cas où l'inflammation est à la fois large, profonde et vive, surtout si le sujet est très-âgé ou mal constitué, et si la suppuration semble devoir être d'abord vaste ou très-abondante. Plus tard elle dépend de la répétition sans fin des collections purulentes, de l'épuisement causé par l'abondance de la sécrétion du pus, de la formation de nouveaux foyers dans les viscères ou d'épanchemens dans les cavités séreuses, et de l'altération du sang par son mélange avec le pus ou les matières absorbées. Ici des frissons avec décomposition des traits, des apparences de fièvre intermittente, de la diarrhée, des sueurs irrégulières, le ballonnement du ventre et quelques douleurs,

quelques embarras du côté de la poitrine ou de la tête en sont les premiers momens ou les préludes ordinaires. Au total *la marche* et la durée de l'angioleucite sont extrêmement variables. Tantôt elle nait et se développe avec assez de rapidité pour que, dès le huitième jour, la suppuration ne soit plus douteuse; tantôt au contraire elle parcourt ses périodes avec tant de lenteur, qu'on ne sait point encore au vingtième jour quel en sera véritablement le genre de terminaison. Chez certains sujets [illegible] en sont parfaitement régulières du commence[illegible] fin; tandis que chez d'autres tous ses groupes d[illegible]ptômes sont comme saccadés ou distribués comme s'ils appartenaient à plusieurs inflammations disti[illegible] et successives. Quand la résolution doit avoir lieu, c[illegible] du quatrième au dixième jour qu'elle s'effectue. La suppuration peut exister dès le huitième jour, mais souvent aussi elle n'est évidente que le quinzième ou le vingtième. C'est également du huitième au vingtième jour que la mort arrive quelquefois. Hors de ce stade, elle n'est plus guère à redouter qu'après le trentième ou le quarantième jour, époque où l'induration est possible à son tour, où les foyers internes, où l'infection du sang, où le dévoiement sont surtout à craindre.

6.° Ces détails, que je tire d'un grand nombre de faits attentivement observés, montrent assez que l'angioleucite est une maladie grave, une maladie qui mérite toute la sollicitude des praticiens. Les dangers qu'elle entraîne varient toutefois selon une infinité de circonstances, d'abord selon l'importance de la partie affectée; ensuite selon qu'elle est profonde ou superficielle, puis selon la nature du principe morbifique qui l'a causée; enfin selon les dispositions spéciales de chaque individu. On conçoit en effet que toutes choses égales d'ailleurs, elle doit être plus grave, dans les cavités splanchniques qu'à l'extérieur; que celle qui a son siége exclusif sous la peau sera moins dangereuse que celle qui envahit toute l'épaisseur d'un membre; la présence



d'une plaie, d'une solution de continuité quelconque, la rend aussi plus redoutable. Celle qui dépend de l'absorption d'un principe septique, comme on l'observe souvent à la suite des piqûres anatomiques, est une des plus fâcheuses. Elle est ensuite d'autant plus grave que le foyer qui lui sert de racine est lui-même plus dangereux. Quand elle naît du fond d'une fracture, d'une articulation ouverte, d'une caverne purulente située au milieu de tendons, etc, elle compromet plus ou moins la vie du sujet; tandis que celle qui vient d'une solution des tégumens ou de la couche sous-cutanée, est généralement plus disposée à se terminer heureusement. Dans l'enfance elle expose davantage aux indurations et moins à la mort. Chez les adultes bien constitués, c'est la suppuration qui est le plus à craindre. Les accidens ataxiques ou adynamiques et la gangrène, plus fréquens chez les individus maladifs et dans la vieillesse, la rendent alors infiniment grave. Ajoutons que les dangers dépendent en outre des complications qui peuvent se joindre à la maladie première, et que par suite de toutes ces particularités, rien ne doit être si difficile à généraliser que le prognostic de l'angioleucite.

(*La suite au prochain Numéro.*)

Recherches sur les caractères chimiques de la salive, considérés comme moyen de diagnostic dans quelques affections de l'estomac; par le docteur AL. DONNÉ, *ex-chef de clinique de la Faculté.* (Fin).

2.e *série.* — OBS. I.re — *Fièvre continue, symptômes bilieux, pas de vomissemens; salive d'abord alcaline, devenant peu à peu neutre, puis acide, et reprenant son caractère alcalin à la fin de la maladie. Traitement antiphlogistique et émollient. Guérison.* — Le 28 juin 1833, est entré à la Charité, au n.° 5, de la salle St.-Jean-de-

Dieu, un cordonnier, âgé de 25 ans, à Paris depuis quatre ans, santé habituellement bonne.

Au début, sentiment de faiblesse générale dont le malade dit se ressentir déjà depuis près de six mois. Point de céphalalgie, pas de diarrhée ni de vomissemens; chaleur à l'abdomen; un peu de gargouillement dans la région du cœcum. Langue blanche, plénitude du pouls, 116 pulsations. *Salive alcaline* (15 sangsues à l'anus, lavement, tisane, etc.)

Le 25, teinte jaune de la peau; le foie déborde un peu les fausses côtes; pas de diarrhée ni de vomissement; pouls, 112; urines fétides; langue blanche, épigastre douloureux à la pression; *salive alcaline* (Saignée de 4 palettes, tisane, lavement, etc.)

Le 34, il n'y a pas eu de couenne sur le caillot du sang tiré la veille. Moins de chaleur à la peau; deux selles liquides; langue blanche, *salive alcaline.*

Le 25, la teinte jaune de la peau se forme de plus en plus, le malade se trouve bien. Je note ici en passant l'alcalinité des urines; je traiterai plus tard de cette espèce de modification (18 sangsues de la région du foie, lavement, tisane, cataplasme).

Le 26, plus de douleur dans la région du foie; l'amélioration se soutient, les urines ont pris leur caractère normal. *La salive est bien alcaline.*

Les 27, 28 et 29, la teinte jaune se fonce de plus en plus; elle est au plus haut degré; il survient d'abondans épistaxis; grande faiblesse, nausées, pas de selles; *salive acide* (Même traitement).

Le 30, Plusieurs vomissemens; le malade se sent un peu soulagé. Epistaxis; fétidité de la bouche. *Salive neutre.*

Le 1.er juillet, amélioration; la teinte jaune diminue; épistaxis; pas de vomissemens; *salive alcaline.* La transpiration cutanée est elle même devenue alcaline? Il semblerait que les élémens de la bile se mêlent à la sueur.

Ce malade revint lentement à la santé; sa convalescence fut extrêmement longue ; elle fut encore troublée par de nombreux abcès qui se formèrent en plusieurs points du corps, dans le tissu cellulaire sous-cutané. Quelques symptômes d'irritation gastrique se montrèrent de nouveau, accompagnés de l'acidité de la salive. L'état de la peau et de la sécrétion cutanée chez ce malade me fournira par la suite de nouvelles considérations, lorsque j'analyserai dans un travail particulier les modifications pathologiques de la sueur, mais je ne dois pas en parler aujourd'hui.

Quoique l'observation précédente ne présente pas de symptômes de l'irritation gastrique à un haut degré, elle me paraît néanmoins intéressante pour le sujet que je traite; après s'être emparée du foie, et n'avoir donné lieu, dans les premiers temps qu'à des phénomènes bilieux, il semble que l'on voit l'inflammation se communiquer ensuite à l'estomac lui-même, et en même temps survient l'acidité de la salive, qui disparaît lorsque l'estomac est calmé.

Obs. IIe — *Nouveau séjour à Paris ; mauvaise nourriture; frisson, sentiment de courbature. épistaxis, pas de vomissement, douleur à l'épigastre, langue chargée.* salive très-acide. *Traitement par les émissions sanguines et les émolliens. Guérison. La salive revient à son alcalinité.* — Le 11 janvier 1834, est entré à la Charité, salle St.-Jean-de-Dieu, n.° 10, un étudiant en médecine, âgé de 22 ans; il est arrivé à Paris depuis cinq mois, se nourrit habituellement mal; sa santé a été bonne jusqu'à présent. Il y a huit jours, il a éprouvé des frissons, du brisement dans tous les membres; douleur lombaire, épistaxis; perte d'appétit, coliques sans diarrhée; il y a trois semaines, il a eu quelques selles liquides pendant plusieurs jours. Prostration, légère stupeur, dégoût par les alimens; l'épigastre est douloureux à la pression ; la langue est couverte d'un enduit épais ; *la salive est très-acide* (Saignée de 3 palettes, 24 sangsues sur le ventre, catapl., lav., tisane).

Le 13, continuation des mêmes symptômes. *Salive acide* (Nouvelle saignée de 3 palettes, etc.)

Le 14, amélioration sensible(12 sangs. sur le ventre, etc.)

Le 15, le malade se trouve beaucoup mieux; il n'a plus de dégoût pour les alimens ; l'épigastre n'est plus douloureux; la langue n'est presque plus chargée; *la salive est presque neutre* (Catap., lav. tisane).

Le 16 et les jours suivans., le malade revint rapidement à la santé, la chaleur et la fréquence du pouls cessèrent, la langue se nettoya, l'appétit revint et la *salive reprit aussi son alcalinité.*

Obs. III.e—*Symptômes de gastro-entérite. Courbature. Colique, diarrhée, vomissemens, acidité de la salive. Traitement antiphlogistique; amélioration.—Il survient un épanchement à gauche, puis des vomissemens bilieux abondans; l'acidité de la salive reparait; érysipèle de la face; éruption scarlatineuse à la surface du corps; nouvelles émissions sanguines; les symptômes gastriques cessent et la salive revient à son état normal.* — Le 25 mai 1833, est entrée à la Charité. salle Ste.-Madeleine, n.° 5, une domestique, âgée de 24 ans, d'une bonne santé habituelle, bien menstruée, n'ayant jamais fait de grande maladie. Il y a huit jours elle a été prise de faiblesse, de lassitude dans les membres, en même temps coliques et diarrhée; cinq à six selles liquides par jour. Anorexie, soif ordinaire; Pouls peu développé battant cent fois par minute. La langue est blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe. Le ventre est tendu, dur, douloureux à la pression, surtout à l'épigastre; *salive acide.* Intelligence intacte, pas de stupeur (20 sangsues à l'anus, catapl. sur le ventre, lav., tisane et diète).

Le 26, même état, *salive acide* (20 sangsues à l'épigastre, etc.)

Le 27 et le 28, nausées, dégoût pour les alimens, langue

très-chargée, *salive très-acide* (Saignée de quatre palettes, lav., etc.)

Le 30, il y a des vomissemens de matières bilieuses; la malade se sent un peu mieux; *la salive me paraît moins acide*; il y a encore quelques coliques.

Le 31, vomissement; *salive légèrement acide.*

Du 4 au 16 juin, la salive devient d'abord de moins en moins acide, puis neutre; la malade ne vomit plus, puis tout-à-coup après avoir mangé les nausées reparaissent, ainsi qu'une vive douleur à l'épigastre; la salive redevient aussi très-fortement acide; la malade est faible, n'a point d'appétit. Sous l'influence d'une nouvelle émission sanguine locale, de lavemens émolliens, de tisanes rafraîchissantes et de bains, ces symptômes disparaissent, et la salive elle-même était neutre, lorsqu'il se forme un épanchement dans le côté gauche de la poitrine à la suite d'un refroidissement. Le traitement est dirigé contre cette nouvelle affection, lorsque du 25 au 26 de nouveaux vomissemens bilieux très-abondans surviennent, et l'acidité de la salive se prononce d'une manière intense. Un érysipèle de la face se manifeste et les symptômes gastriques se calment; la salive est presque neutre. Une éruption érythématique recouvre bientôt presque tout le corps; les vomissemens cessent; la malade se trouve beaucoup mieux; elle éprouve de vives démangeaisons à la peau, et sa salive revient à l'état neutre, puis enfin je la trouve franchement alcaline; après quelques autres alternatives moins importantes, la convalescence s'établit tout-à-fait, les fonctions digestives s'exercent convenablement, et la malade sort guérie; elle n'a ressenti véritablement de l'appétit que lorsque la salive a repris son caractère alcalin.

OBS. IV.ᵉ — *Symptômes de gastrite franche sans complication; acidité de la salive paraissant et disparaissant plusieurs fois, suivant la marche de la maladie et l'influence du traitement.* — Alph. Chaulin, âgée de 23 ans,

couturière, née à Rouen, jouissait autrefois d'une bonne santé : après avoir fait beaucoup d'excès et subi un traitement anti-vénérien, elle perdit l'appétit, vit diminuer son embonpoint, s'effacer sa fraîcheur; elle éprouva des pesanteurs d'estomac après les repas, de l'altération, des rapports aigres. Lorsque je la vis, ses traits étaient altérés, la langue rouge, un peu sèche; l'épigastre était extrêmement sensible à la moindre pression, et la salive rougissait le papier bleu de tournesol, comme eût pu faire du vinaigre. Je mis cette femme aux boissons rafraîchissantes, à la diète, et je prescrivis plusieurs applications de sangsues à l'épigastre. Son état s'améliora très sensiblement en peu de temps, l'appétit revint, le sentiment d'aigreur à l'arrière-bouche ne se faisait plus sentir; l'épigastre supportait facilement la pression, et en peu de jours la salive devint neutre. Quelques jours plus tard, de simples précautions de régime suffirent pour la rendre tout-à-fait alcaline. De nouveaux écarts de vie ramenèrent les mêmes accidens, et la malade entra à l'hôpital de la Charité, le 7 août 1833, salle Sainte-Madeleine, N.° 15. Les mêmes moyens de traitement furent employés et produisirent les mêmes résultats : cette femme sortit convalescente au bout de douze jours, mangeant assez bien et sans aucune acidité de la salive. Elle retomba une troisième fois, et rentra à la Charité en présentant exactement les mêmes symptômes. Nouveau traitement, nouvelle amélioration. La salive, qui était fortement acide, redevint encore une fois franchement alcaline, et la malade jouissait d'une bonne santé et digérait parfaitement bien lorsqu'elle quitta l'hôpital.

J'ai eu, dans le courant du mois de mars dernier, l'occasion d'observer un fait analogue; c'était un cas de gastrite beaucoup moins intense et plus récente; il y avait en même temps quelques symptômes bilieux qui me faisaient hésiter entre l'emploi d'un émétique et les émissions sanguines; la salive étant fortement acide, je me déterminai

à prescrire en huit jours deux applications de sangsues, l'une à l'anus, l'autre à l'épigastre; quelques boissons émollientes, des lavemens et la diète. La malade fut entièrement guérie au bout de ce temps; l'appétit, qui était remplacé par un dégoût profond des alimens avant le traitement, revint aussi, et cette malade, après quelques jours de repos, reprit ses occupations.

Je pourrais rapporter encore plusieurs autres faits de ce genre dont je possède les observations, mais je suis forcé de me borner.

Maintenant il faudrait, pour compléter ce mémoire et pour établir la contre-épreuve des faits que j'avance, présenter une nouvelle série d'observations dans lesquelles des symptômes *d'embarras gastrique*, *d'état saburral*, sans irritation ni inflammation, ayant eu lieu, la salive se serait montrée alcaline, et les malades auraient guéri sous l'influence des purgatifs et des vomitifs.

Je sens parfaitement l'importance de semblables observations pour confirmer la valeur des caractères que j'annonce, mais je ne me suis pas encore trouvé à même d'en recueillir de ce genre. Plusieurs fois j'ai rencontré, dans le service auquel j'ai été attaché à l'hôpital de la Charité, des malades ayant la langue chargée, des nausées, que je croyais bien n'être affectés que d'embarras gastrique, et qui me présentaient la salive alcaline; mais le traitement n'étant pas généralement dirigé dans le sens qu'il eût fallu pour vérifier mon diagnostic, je n'ai pas recueilli ces observations. Voici le seul cas intéressant, sous ce rapport, que je puisse citer actuellement : Une jeune femme, couchée au N.° 3 de la salle Sainte-Madeleine, se présenta à notre observation dans l'état suivant : prostration, lassitude dans les membres, anorexie; langue couverte d'un enduit jaunâtre et sans rougeur sur les bords; nausées; physionomie triste et abattue; chaleur intense de la peau; épigastre indolent; pouls fréquent; 100 à 110 pulsations tous les ma-

tins ; trois ou quatre applications de sangsues furent faites à cette malade sur l'abdomen, sans aucune amélioration marquée ; lavemens ; catapl. ; tisanes rafraîchissantes ; diète.

J'avais remarqué que la salive n'avait pas cessé un instant de conserver son caractère alcalin, et cette circonstance me faisait désirer qu'on essayât l'emploi des purgatifs ; j'eus l'occasion de tenter cette méthode sur cette malade, et je lui fis prendre une bouteille d'eau de Sedlitz ; ce purgatif fut suivi de plusieurs garderobes abondantes ; dès le lendemain matin je fus frappé de l'air gai et riant de cette femme ; la tristesse dont sa physionomie était empreinte avait fait place à un véritable épanouissement des traits ; sa parole n'était plus lente, et à ma première question elle me répondit avec vivacité qu'elle était guérie. En effet, la langue commençait à se nettoyer, déjà l'appétit se faisait sentir ; il y avait de la moiteur et une douce chaleur à la peau, et le pouls était souple ; il était tombé à environ 80 pulsations par minute : une seconde bouteille d'eau de Sedlitz fut administrée, et dès le second jour la guérison était complète.

Je suis fâché de n'avoir pas eu l'occasion de me laisser diriger par les caractères de la salive dans un plus grand nombre de cas de ce genre aussi tranchés. Lorsque mes occupations me permettront de reprendre ces recherches, je ne manquerai sans doute pas d'occasion de recueillir des faits analogues dans plusieurs services des hôpitaux, et même je pourrai voir l'emploi des purgatifs et des émétiques dans des cas qui me paraîtront de nature inflammatoire, d'après l'acidité de la salive : ces différens faits se contrôleront ainsi les uns les autres. Peut-être aurais-je dû attendre qu'ils fussent réunis et complets avant de publier ce travail ; mais ce que j'avance aujourd'hui me paraît déjà assez positif pour mériter quelqu'attention ; c'est le résultat de près de deux ans d'observation, et il ne me faudra pas moins de temps encore dans les circonstances moins

favorables où je me trouve maintenant pour les compléter. En effet, si les embarras gastriques sans irritation ne sont point rares, il faut avouer pourtant que cet état est beaucoup moins fréquent que celui qui dépend de l'irritation de l'estomac. Plusieurs cas de ce genre se sont déjà offerts à moi dans les malades que j'ai soignés en ville, tandis que depuis six mois, je n'ai pas encore eu l'occasion de rencontrer un état saburral franchement prononcé.

Je vais terminer cette seconde série d'observations par un cas assez curieux qui m'a offert une expérience toute faite, telle à-peu-près que j'eusse pu la désirer pour confirmer mes recherches.

Le 27 avril 1833, est entrée à la Charité, salle Sainte-Madeleine, n.° 13, une domestique âgée de 19 ans, qui, dans un désespoir amoureux, avait avalé un verre d'eau de javelle. Cet empoisonnement fut suivi de vomissemens; la langue devint rouge et se sécha. Lorsque je vis cette malade, il y avait peu de douleur dans la région de l'épigastre, mais la *salive était fortement acide*. Après un traitement doux et émollient employé pendant quelques jours, la langue s'humecta, la malade se sentit mieux, la salive devint d'abord neutre, puis elle reprit bientôt, en même temps que la guérison eut lieu, son caractère normal d'alcalinité.

J'aurais pu augmenter beaucoup le nombre des observations de cette série, dans lesquelles j'ai trouvé l'acidité de la salive plus ou moins prononcée et coïncidant avec des affections variées des voies digestives; ainsi j'ai sous les yeux neuf observations d'entérite typhoïde à divers degrés d'intensité, dans lesquelles j'ai trouvé ce caractère accompagnant d'autres symptômes gastriques, deux cas de péritonite aiguë avec vomissemens, vive douleur à l'épigastre, etc.; deux cas de colique métallique, deux cas d'ictère, six cas de diverses affections de l'estomac moins bien caractérisées, telles que gastrite légère, affections chro-

niques, vomissemens à la suite d'une lésion traumatique, etc., dans lesquels la salive s'est aussi montrée acide pendant un certain temps pour redevenir ensuite alcaline sous l'influence du traitement et de la guérison; mais l'histoire détaillée de ces observations m'entraînerait beaucoup trop loin.

J'ai dit précédemment que j'avais rencontré souvent la salive alcaline dans des cas de maladies étrangères à l'appareil digestif, telles que pneumonies, pleurésies, encéphalites; mais on n'ignore pas que très-fréquemment des affections de ce genre ayant leur siége primitif et principal dans des organes éloignés de l'estomac, se compliquent de symptômes gastriques, tels que douleur à l'épigastre, sécheresse et rougeur de la langue, vomissemens même, etc. C'est ce que j'ai rencontré plusieurs fois, et alors la modification de la salive répondait à ces autres symptômes; plusieurs cas de fièvres éruptives et d'affections de l'utérus m'ont paru particulièrement remarquables sous ce rapport.

Ainsi, dans dix cas de diverses maladies de poitrine, telles que pneumonies, pleurésies et tubercules, dans quatre cas de fièvre intermittente tierce ou quotidienne, dans un égal nombre d'affections rhumatismales aiguës, dans deux cas d'affection de l'utérus à la suite de couches, dans deux cas de céphalalgie intense, et dans un d'angine aiguë, j'ai trouvé la salive acide pendant un certain temps de la durée de la maladie; généralement ce fluide a repris son caractère normal lors de la convalescence ou de la guérison. Très-souvent la salive s'est montrée acide chez les femmes mal réglées à l'époque des règles. Enfin j'ai sous les yeux deux observations de rougeole et deux de variole dans lesquelles la salive a présenté cette modification en même temps que les autres symptômes d'irritation gastrique.

Je ne crois pas devoir entrer dans le détail de ces observations, persuadé que les faits que j'ai rapportés dans le courant de ce mémoire suffisent pour appeler l'attention

des médecins sur le caractère que je signale, caractère physique, d'une appréciation facile pour tout le monde, et qui me semble mériter un examen attentif; j'espère que l'on voudra bien accorder quelqu'intérêt à un fait si positif qui ne s'appuie sur aucun esprit de système, ni sur des théories hasardées, et qu'on lui laissera prendre rang dans la science, si l'observation postérieure vient en démontrer l'exactitude.

La considération de l'acidité de la salive et du suc gastrique est encore intéressante sous le rapport du régime alimentaire des malades. On conçoit en effet qu'il est des substances que les acides ont la propriété de modifier de telle manière, qu'elles deviennent d'une digestion difficile. Je ne citerai, pour le moment, qu'un exemple. Dans les affections de l'estomac on prescrit souvent le lait aux malades; on sait que dans bien des cas ils ne peuvent le supporter, et je crois qu'il est facile d'en indiquer la raison. Le lait, en arrivant dans l'estomac, ne tarde pas à être coagulé par les acides qu'il y rencontre, et ce coagulum n'est pas facile à digérer pour tous les estomacs. J'ai particulièrement remarqué cet inconvénient du lait chez quelques personnes qui avaient la salive fortement acide, et je me suis bien trouvé de remplacer cette substance par des laits de poule; la soude contenue dans l'albumine de l'œuf avait peut-être pour effet de neutraliser une partie de l'excès d'acide contenu dans l'estomac.

Recherches sur la dysenterie; par S. Thomas, *de Tours.* (II.e article).

A l'appui de la description générale qui a été faite (1), nous allons rapporter quelques nécropsies, aux différentes

(1) *Voyez* N.° d'avril, tome VII, p. 455.

périodes de la maladie. Les lésions des organes ont été décrites au moment même de l'ouverture du cadavre; M. Maugeret, interne de l'hôpital de Tours, prenait des notes, et le lendemain nous revenions faire un second examen des pièces d'anatomie pathologiques, après les avoir laissé macérer dans l'eau. Si nous avons commis quelques erreurs, on ne nous accusera pas d'avoir traité cette matière avec légèreté; nous avons mis dans nos recherches tout le zèle et toute l'attention que mérite un pareil sujet.

Obs. I.re — Robin (Pierre), soldat au 12.e de ligne, 27 ans (1831.).

18 août, 3.e jour de l'invasion. Peau sèche et chaude, pouls petit, serré, lent. La face et les extrémités offrent une teinte légèrement plombée. Langue d'un blanc mat au milieu, rouge à la pointe et aux bords; bouche sèche, soif assez vive. Insomnie; facultés intellectuelles intactes; ventre déprimé, coliques vives suivies de l'évacuation de mucosités sanguinolentes, colorées en vert. Urine rare. (Bain chaud, tisane pectorale. Potion calmante avec sirop diacode ℥iv. Fomentations sur le ventre : eau de guimauve, extrait de belladone ℥ij).

19, 4.e jour. Extrémités froides; pouls petit, concentré. Coliques vives, selles fréquentes, évacuations de mucosités teintes de sang avec débris comme pseudomembraneux. Mal de gorge assez intense (Trait. : garg.; eau d'orge, miel rosat. Looch gomm.; potion calm.; foment.).

20, 5.e jour. Peau à peu près à l'état naturel. Pouls petit, serré, très-lent. Langue d'un blanc mat au milieu, rouge à la pointe, rosée sur les bords. Ventre déprimé, douloureux, coliques vives et rapprochées; matières excrétées semblables à la purée verte, teintes par le sang, avec débris lamelleux comme pseudo-membraneux. Urine rare, son excrétion est difficile. Insomnie. Facultés intellectuelles

saines (Garg.; miel rosat; tisane pectorale; potion calm.; vin sucré ℥ij; fomentations).

21, 6.ᵉ jour. Peau généralement froide. Pouls petit, concentré. Langue comme la veille. Teinte plombée très-prononcée à la face et aux extrémités. Le mal de gorge persiste. Coliques plus fortes, plus fréquentes; ventre très-déprimé, très-douloureux; les évacuations alvines sont liquides, d'un jaune verdâtre avec légère teinte sanguinolente. L'affaiblissement est très-prononcé, le malade n'a plus la force de se lever, les matières des évacuations sont répandues dans le lit. Hoquet. Facultés intellectuelles intactes. (Décoction blanche de Sydenham; potion calm.; garg.; miel rosat; sinapismes aux pieds).

22, 7.ᵉ jour. Peau comme hier. Pouls petit, filiforme, très-lent. Langue brune à la surface, très-rouge à la pointe et aux bords. Ventre très-douloureux et déprimé; évacuations alvines très-fréquentes, matières jaunes verdâtres avec flocons muqueux teints de sang. (Tisane pect.; pot. calm.; garg.; miel rosat. Le hoquet persistant, on donne la potion de Rivière).

23, 8.ᵉ jour. Même état; mêmes prescriptions.

24, 9.ᵉ jour. Refroidissement plus considérable des extrémités. Pouls petit, filiforme, à 60 pulsations. Langue recouverte d'un enduit jaunâtre; rouge à la pointe et aux bords. Bouche sèche, soif vive; dents couvertes d'un enduit jaunâtre. Ventre très-déprimé, très-douloureux. Les matières des selles s'échappent malgré le malade et sont répandues sous lui. Le hoquet continue. L'urine est toujours peu abondante et rendue difficilement. Eau de riz; pot. calm.; vin sucré.

Mort le 24 à minuit. — Nécropsie le 25 à neuf heures du matin.

Tête. — Les membranes qui enveloppent le cerveau sont saines. L'encéphale a une bonne consistance, il n'offre aucune trace d'altération.

Thorax. — Pas de liquide dans les cavités pleurétiques. Le poumon gauche présente à sa surface grand nombre de granulations grises demi-transparentes, il est gorgé de sang vers sa base. Le poumon droit est sain.

Abdomen. — L'épiploon, très-rouge, très-injecté, est étendu sur la masse intestinale. Pas de liquide dans la cavité du péritoine. La surface péritonéale du gros intestin est rouge et présente une injection vasculaire très fine; des plaques noires se voient au travers des parois de cet intestin. Les ganglions lymphatiques du mésocolon sont noirs, gorgés de sang, sans augmentation de volume. Les ganglions lymphatiques du mésentère sont tous dans l'état normal, excepté six ou sept qui forment un paquet correspondant à la partie inférieure de l'iléum, et qui sont doublés de volume, très-rouges et ramollis.

L'œsophage est sain, recouvert de son épiderme.

L'estomac contient un liquide jaunâtre assez abondant; du reste il me paraît être dans l'état normal ainsi que le duodénum. — *Jéjunum.* Cet intestin contient une assez grande quantité de bouillie jaune, très-liquide. La muqueuse présente çà et là des arborisations vasculaires; elle est teinte en jaune et enduite d'un mucus filant et jaune comme elle.

Iléum. — Çà et là la muqueuse présente, à la partie supérieure de cet intestin, des plaques rouges formées par une injection très-fine. Entre les plaques cette membrane est légèrement rosée. Quant aux follicules agminés de Peyer, ils sont d'une grande pâleur qui contraste avec la teinte rosée ou très-rouge de la muqueuse. Les espaces ou la muqueuse est rouge sont d'autant plus étendus qu'ils sont plus près du cœcum. Dans les deux derniers pieds de l'iléum, la tunique interne est d'un rouge plus intense; elle offre çà et là de petites ecchymoses. Elle est d'une mollesse extrême, et ressemble parfaitement bien à un enduit de gelée de groseille. Sur la dernière plaque de Peyer, la muqueuse a disparu presque complètement, les follicules

sont à nu; les uns se présentent sous forme de petits œufs de fourmi, les autres sont détruits en partie; il n'en reste plus que la portion qui est plongée dans le tissu cellulaire.

Cæcum. — Sa surface interne est privée de presque toute sa muqueuse; on n'en voit plus çà et là que quelques petits lambeaux dont les bords sont découpés irrégulièrement et taillés à pic. En plongeant l'intestin dans l'eau, on reconnaît sur ces petits lambeaux les villosités caractéristiques des muqueuses. Dans les espaces privés de cette membrane, on ne voit qu'une surface unie, lisse, d'une couleur brune ou verdâtre (les lambeaux de la muqueuse ont leur couleur naturelle). Cette surface est formée par la tunique celluleuse qui a acquis une densité assez considérable pour qu'en passant sur elle le tranchant du scalpel, elle crie comme un tissu fibreux, et qu'on ne puisse en détacher le plus petit lambeau.

Partout où la muqueuse est détruite, on voit, à la place des follicules, une petite dépression ulcérée à sa circonférence, et recouverte au centre d'une petite pellicule adhérente seulement par un ou plusieurs filamens celluleux.

Lorsque l'on distend l'intestin et qu'on le fait saillir, avec l'extrémité d'un doigt, de la surface péritonéale vers la surface muqueuse, on voit sourdre de cette dernière une grande quantité de gouttelettes sanguinolentes qui ne paraissent que dans les endroits où la muqueuse est détruite, au pourtour des petits lambeaux muqueux et jamais à leur surface.

Nous voyons les mêmes altérations dans toute l'étendue du colon. Nous trouvons en outre dans l'S iliaque un bourbillon celluleux du volume d'une noisette, à surface villeuse, teint en jaune, détaché, à sa circonférence, des parties environnantes, adhèrent au centre par un pédicule celluleux assez fort. Le tissu de ce bourbillon est mou, flasque, filamenteux et très-résistant; il est formé par la tunique celluleuse. Çà et là l'intestin présente plusieurs

autres bourbillons, mais beaucoup moins volumineux. Dans plusieurs endroits de la surface du cœcum et du colon où la muqueuse est détruite, on remarque de petites pellicules minces, jaunâtres, comme pseudo-membraneuses, très-faciles à détacher.

Le rectum présente les mêmes altérations que le colon et le cœcum. Dans tout le gros intestin, la tunique celluleuse est hypertrophiée et plus dense à sa surface interne partout où la muqueuse n'existe plus. L'hypertrophie est aussi très-remarquable dans toute l'étendue de la tunique musculaire.

Le cœcum contient une bouillie noirâtre assez abondante; il n'y a rien dans le reste du gros intestin.

Le foie présente une belle teinte rose dans toute son épaisseur ; la vésicule est pleine d'une bile noirâtre assez épaisse.

La rate, d'un petit volume, est d'une bonne consistance.

Le tissu des reins est ferme, très-injecté ; les bassinets contiennent quelques gouttes d'un liquide purulent.

La vessie, distendue par une assez grande quantité d'urine dans laquelle nagent quelques flocons purulens, paraît saine.

Obs. II.e — N..., âgé de 32 ans, était convalescent d'une fièvre grave qui avait présenté les symptômes d'une gastro-entérite typhoïde, lorsqu'il fut atteint de dysenterie.

23 août 1831, 6.e jour de l'invasion. Peau chaude, peu de sécheresse. Pouls petit à 80 pulsations. Extrémités inférieures froides. Faiblesse très-grande. Pas de céphalalgie. Sommeil souvent interrompu par de très-vives coliques. Aucun signe d'altération des organes thoraciques. Langue humide, sans rougeur, soif peu vive, inappétence, abdomen déprimé, douloureux aux régions iliaques, surtout du côté gauche; selles très-fréquentes ; matières excrétées liquides, sanguinolentes, contenant beaucoup de mucus et de débris mu-

queux teints en rouge, et recouvertes d'un léger enduit comme de purée. Douleurs abdominales vives; altération des traits prononcée surtout pendant la défaillance. (Décoction blanche de Sydenham. Potion calmante).

24, 7.ᵉ jour. Peau chaude et sèche. Pouls petit, à 90. La face a une expression frappante de douleur. Langue sèche et rouge sans aucun enduit, soif peu vive, inappétence. Ventre, déprimé très-douloureux. Matières excrétées composées de mucus sanguinolent avec féces liquides, jaunâtres. (Décoction blanche de Sydenh. Potion calmante).

25, 8.ᵉ jour. Depuis le début, l'amaigrissement a fait des progrès considérables. Peau chaude et sèche. Pouls petit. Grande faiblesse. Sommeil interrompu par des coliques et des envies fréquentes d'aller à la selle. Langue rouge, sèche; pas de soif, pas d'appétit. Le malade a pris hier quelques grains de raisin que nous trouvons aujourd'hui presque intacts dans les matières des évacuations alvines; celles-ci contiennent du mucus filant avec des débris lamelleux jaunâtres. Urines rares, rendues difficilement. Ténesme vésical. (Décoction blanche de Sydenham. Potion calmante).

26, 9.ᵉ jour. Peau sèche, pouls petit, filiforme, à 120. Grande faiblesse. Insomnie. Altération profonde des traits. Langue sèche, rouge à la pointe, avec enduit d'un blanc mat sur les bords, rouge au centre. Ventre très-déprimé, très-douloureux à la pression. Les matières fécales coulent continuellement sous le malade. Chaleur âcre et brûlante à l'anus. Pas de fièvre, pas de douleur à la poitrine. (Décoction blanche. Potion calmante).

27, 10.ᵉ jour. Peau chaude et sèche. Pouls petit, filiforme, à 130. Langue rouge, bouche sèche, soif vive, inappétence. Ventre très-déprimé, très-douloureux dans tous les points. Selles très-fréquentes, jaunes, verdâtres, très-liquides, rendues involontairement. Urines rares. (Une

pilule d'un grain d'extrait gommeux d'opium. Décoct. blanche. Potion calmante).

28, 11.e jour. Peau chaude, halitueuse. Pouls petit, moins fréquent que la veille. Sommeil pendant la moitié de la nuit. Toujours grande faiblesse. Langue rouge, sèche. Selles fréquentes et involontaires, pendant la journée du 27, nulles pendant la nuit du 27 au 28 (la pilule d'opium a été prise le 27 au soir. (1/4 lavement avec acétate de plomb. Décoct. blanche. Extrait gommeux d'opium, un grain).

29, 12.e jour. Peau halitueuse. Sueur assez abondante pendant la nuit dernière. Pouls très-petit, d'une fréquence excessive. Langue rouge, soif vive, anorexie. Coliques très-vives hier pendant la journée; mieux pendant la nuit. Ventre déprimé et douloureux. Matières fécales sous forme d'une bouillie liquide, jaunâtre. (Décoct. blanche. Lavement et pilule *ut suprà*).

30, 13.e jour. Même état. (Même prescription, et de plus potion avec eau de fleur d'oranger ℥iij, teinture de canelle ℥ß, extrait mou de quinquina ʒj, sirop de coings ℥j).

31, 14.e jour. Pouls moins fréquent, moins petit. Peau chaude, légèrement halitueuse. Langue rouge et sèche avec enduit noir à la base; soif plus vive. Abdomen très-déprimé, la paroi antérieure est comme collée à la colonne vertébrale. Hier, coliques vives dans la journée, moins fortes cette nuit. Selles toujours involontaires, mais moins fréquentes. (Mêmes prescriptions).

1.er septembre, 15.e jour. Mêmes symptômes. (Même traitement).

2, 16.e jour. Peau sèche, brûlante. Pouls filiforme, à 120. Insomnie. Face grippée. Langue rouge et sèche; soif vive, inappétence. Ventre très-déprimé, moins douloureux. Selles très-fréquentes, toujours involontaires, liquides, jaunâtres, avec quelques taches de sang. (Même traitement).

3, 17.e jour. Peau chaude et sèche ; pouls moins fréquent. Insomnie. Maigreur extrême. Langue rouge, luisante. Dents fuligineuses. Soif vive. Ventre très-déprimé, très-douloureux. (Mêmes prescriptions ; de plus eau de Bonnes, ℥iv. On supprime la potion du 30 août).

4, 18.e jour. Mêmes accidens. L'amaigrissement et la faiblesse font toujours des progrès. (Eau de Bonnes. Décoction blanche. 1|4 lavement avec acétate de plomb. Extrait gommeux d'opium, un grain).

5, 19.e jour. Même état. On sonde le malade, on ne retire qu'une cuillerée d'urine. (Même traitement).

6, 20.e jour. Le malade est mourant. Il succombe le 7, 21.e jour, à onze heures du soir.

Nécropsie faite le 8, à neuf heures du matin. — Amaigrissement considérable.

Tête. — Les os de la voûte du crâne sont très-minces, une ligne d'épaisseur. Le réseau vasculaire qui enveloppe le cerveau est légèrement injecté. Ce dernier organe et le cervelet ont une bonne consistance : examinés, l'un et l'autre, dans toutes leurs parties, il ne nous ont pas présenté la plus légère altération. Les sinus de la dure-mère contiennent un sang noir, liquide.

Thorax. — La plèvre gauche présente à sa surface de petites pellicules pseudo-membraneuses de nouvelle formation ; il y a peu de sérosité. Le poumon gauche est légèrement injecté, sans tubercules. A droite on trouve un grand nombre d'anciennes adhérences entre la plèvre pulmonaire et la costale. Le sommet du poumon est gorgé de sang. Nous découvrons à la partie postérieure du lobe inférieur plusieurs excavations dont la surface interne est noirâtre, et les parois formées par le tissu pulmonaire induré. La muqueuse des bronches qui communiquent avec ces excavations est rouge. Nous ne voyons là que des dilatations bronchiques, et non des cavernes tuberculeuses. Il n'y a de traces de tubercules dans aucune partie du poumon. La

plupart des ganglions bronchiques sont noirs et d'un petit volume; quelques-uns contiennent de la matière crayeuse.

Cœur. — Volume ordinaire, bonne consistance; le ventricule droit contient un gros caillot fibrineux, jaunâtre. Le gauche est vide. Aorte pâle à sa surface interne.

Abdomen. — Toute la masse intestinale est recouverte par l'épiploon. Cette membrane adhère à l'S iliaque du côlon dans l'étendue de deux à trois pouces. On voit à sa surface des traces de pseudo-membranes de nouvelle formation; elle est d'une couleur rosée.

L'intestin grêle présente à sa surface externe des bandes dont les unes sont rouges et les autres blanches, très-pâles; ces dernières correspondent aux endroits où les circonvolutions intestinales étaient en contact avec elles-mêmes; les autres, au contraire, aux parties de l'intestin seulement en rapport avec la paroi abdominale.

Une fausse membrane molle, sans organisation apparente, de couleur laiteuse, recouvre la surface externe du rectum et de l'S du colon; on l'enlève facilement et par larges lambeaux; on trouve au-dessous le péritoine rouge et comme ecchymosé en certains points. Le reste du colon présente çà et là quelques petits lambeaux pseudo-membraneux; on n'en voit pas sur le cœcum. La face concave du foie est tapissée par une fausse membrane semblable. Le bassin contient une grande quantité de pus liquide laiteux. Les ganglions lymphatiques du mésentère sont très-pâles; quelques-uns ont le volume d'une noisette et sont pâles aussi.

Estomac. — La membrane interne est recouverte d'un mucus jaunâtre, fileux, très-adhérent. Dans le grand cul-de-sac elle présente une teinte rouge prononcée, produite par une injection arborisée très-fine. Vers le pylore, même état; dans les autres parties légère teinte rosée; mais partout assez bonne consistance.

Duodénum. — A la surface muqueuse, teinte ardoisée.

pointillé noir. Bouillie muqueuse, jaunâtre, abondante dans la cavité de l'intestin.

Jéjunum. — Même état. Les plaques de Peyer sont saines et bien dessinées. Partout la muqueuse a une bonne consistance et son épaisseur ordinaire. Rien de plus à noter dans l'iléon, excepté vers la partie inférieure de cet intestin. Dans les cinq derniers pouces la muqueuse est rosée et présente sur ses plis saillans des ulcérations irrégulièrement alongées suivant ces plis, recouvertes en plusieurs endroits d'une pellicule grisâtre; leur fond est rosé, la muqueuse détruite dans toute son épaisseur. Entre les ulcérations cette membrane est très-ramollie. Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale, les ulcérations sont plus étendues, leur fond est noir, elles sont aussi recouvertes de pellicules grisâtres, faciles à détacher sous forme de lambeaux.

Le *cæcum* présente à sa surface interne de larges ulcérations à fond noir, à bords taillés à pic, irrégulièrement découpés, saillans, ce qui tient à l'épaississement de la muqueuse environnante. La teinte noire est bornée à la superficie de la tunique celluleuse qui est pâle dans le reste de son épaisseur, et infiltrée de sérosité citrine que l'on fait sortir par la pression, comme cela a lieu dans l'œdème sous-cutané. Cette infiltration séreuse fait paraitre la membrane sous-muqueuse considérablement épaissie. En avançant vers le colon, on voit, au centre des ulcérations à fond noir, de petits lambeaux de la muqueuse irrégulièrement découpés et complètement isolés. Ces larges ulcères sont recouverts en plusieurs endroits d'une pellicule grisâtre qu'on enlève facilement et par lambeaux assez larges, et au dessous de laquelle on trouve l'enduit noir qui se laisse détacher en passant le scalpel sur la surface malade. Çà et là on voit des ulcérations beaucoup plus petites, à fond noir aussi, et recouvertes d'une pellicule grisâtre. Enfin on en trouve où la muqueuse est à peine détruite; ce sont de

petites ulcérations folliculaires, entourées d'une auréole rosée et présentant au centre une pellicule grisâtre. Cette dernière forme se voit sur une infinité de points de la muqueuse. Les mêmes altérations existent dans toute l'étendue du colon. Au commencement de la portion descendante, on voit un large ulcère à fond noir, charbonné, ayant huit pouces de haut en bas, et présentant çà et là quelques lambeaux de la muqueuse rosés, épaissis, complètement isolés; des pellicules jaunes, grisâtres, recouvrent le fond noir de l'ulcère. Enfin, dans l'S du colon et dans tout le rectum, on ne trouve plus que quelques lambeaux de la muqueuse isolés, répandus çà et là à la surface charbonnée d'une vaste ulcération; ils sont rares dans le rectum, un peu plus nombreux dans l'S du colon. La pellicule grise jaunâtre ne recouvre pas toute l'étendue de l'ulcération, il est remarquable qu'on la trouve surtout au pourtour des restes de la membrane muqueuse.

Le foie a une belle teinte rose, une bonne consistance, un volume ordinaire. La vésicule est remplie d'une bile jaune très-liquide.

La rate est d'un volume énorme (elle a à peu près six fois sa grosseur ordinaire) d'une bonne consistance: elle a contracté des adhérences anciennes avec les parties environnantes.

Les reins sont sains. Leur bassinet contient un peu de liquide purulent, comme grumelé.

La vessie est retenue sur elle-même et renferme à peine une demi-cuillerée de liquide; ses membranes sont très-pâles.

Remarques. — Aucun autre sujet ne nous a offert une altération semblable à celle que nous avons trouvée dans l'S du colon. Le tissu mou, flasque, filamenteux du bourbillon, était certainement une portion de la tunique celluleuse frappée de gangrène.

Le sujet de la seconde observation nous fournit un exem-

ple remarquable de pleurésie latente. La phlegmasie aiguë de la plèvre gauche était caractérisée par des lésions anatomiques si tranchées, qu'il n'est pas possible d'élever de doute sur son existence, et cependant elle ne s'était révélée par aucune douleur, aucune gêne de la respiration.

Nous avons cherché en vain une perforation intestinale qui pût expliquer la péritonite qui existait chez le même. Nous croyons que la phlegmasie de la muqueuse gagnant les diverses tuniques de l'intestin s'est propagée jusqu'à la séreuse.

Cette transmission successive de la phlegmasie dysentérique aux différentes membranes de l'intestin, de la muqueuse à la celluleuse, de celle-ci à la musculaire, est un fait incontestable. Il suffit pour s'en convaincre de lire les observations nécroscopiques que nous avons consignées dans ce mémoire. La question suivante, posée par M. Chomel (*Dict. de Médecine, art. Dysenterie*, 1823) ne peut donc plus faire l'objet d'un doute. « Cette inflammation est-elle bornée à la membrane muqueuse, ou s'étend-elle à quelques-unes des tuniques subjacentes, et spécialement à la tunique musculeuse? Cette dernière opinion a été émise ou adoptée par quelques médecins, à raison du ténesme, qui est un des symptômes constans de la dysenterie, et qui paraît dû à la contraction morbide des fibres musculaires du rectum. Mais est-il rigoureusement nécessaire que l'inflammation s'étende aux fibres musculaires elles-mêmes, pour qu'elles soient le siége de cette contraction, et l'irritation de la membrane muqueuse ne suffit-elle pas dans beaucoup de circonstances pour la produire? Toutefois, en attendant que l'anatomie pathologique ait jugé cette question, il est permis de croire, moins encore d'après le ténesme que d'après la couleur sanguinolente du mucus excrété, que l'inflammation s'étend au-delà de la membrane muqueuse. »

Obs. III.ᵉ — Peslerbe (Pierre), soldat au 5.ᵉ de ligne,

28 ans. Entré à l'hôpital depuis plusieurs mois avec la fièvre intermitente tierce, ce malade ressentit les premiers accidens de la dysenterie le 6 août 1831. Il ne fut soumis à notre observation que dix jours après.

16 août, 10.ᵉ jour de l'invasion. Peau à l'état naturel. Pouls petit, lent. Faiblesse générale assez grande. Rien à la tête; rien à la poitrine. Langue rosée, rouge à la pointe. Soif peu vive aujourd'hui, mais très-vive pendant les premiers jours de l'affection. Ventre bien conformé, moins douloureux qu'au début. Urines rendues facilement, en quantité ordinaire. Matières fécales demi-liquides, semblables à une bouillie verdâtre. (Eau de riz; potion calmante).

17. Mêmes symptômes. (Même prescription).

18, 12.ᵉ jour. Peau naturelle. Pouls lent. Langue rouge à la pointe et aux bords; soif vive. Ventre peu douloureux. Matières fécales de consistance et de couleur de purée verte. (Eau de riz. Potion calmante. 1|4 régime amilacé).

19, 13.ᵉ jour. Même état. Matières fécales plus consistantes. (Même traitement).

20, 21, 22, 23. Le malade va de mieux en mieux.

24, 18.ᵉ jour. Peslerbe a la rougeole. L'éruption a paru hier dans la journée. Il y a peu de changement dans l'état général. Les selles sont solides, mais plus abondantes que les jours précédens. Toux légère. Mal de gorge. (Eau de riz. Potion calm. Looch gommeux; gargarisme avec miel rosat).

25, 19.ᵉ jour. Depuis hier les symptômes se sont aggravés d'une manière remarquable. Les selles sont très-fréquentes, liquides, verdâtres, avec tenesme. Pouls petit, fréquent. (Eau de riz. Pot. calmante. Lavement amilacé. g.g.).

26, 20.ᵉ jour. Peau décolorée. Aspect plombé. Extré-

mités froides. Pouls petit, filiforme, à 90. Langue très-rouge. Soif vive. Selles très-fréquentes.

Mort le 26 dans la soirée.

Nécropsie faite le 27 à dix heures du matin. — L'éruption morbilleuse se présente sous forme de petites plaques ecchymosées plus ou moins exactement arrondies, sur lesquelles l'épiderme se laisse détacher avec facilité. Le derme y est d'un rouge violacé. Entre ces ecchymoses la peau est très-pâle.

Tête. — L'encéphale et ses membranes sont dans l'état naturel.

Thorax. — Cœur sain. Le ventricule droit contient du sang liquide avec quelques filamens fibrineux. Le gauche est vide.

La plèvre pulmonaire droite présente à sa surface une quantité immense de granulations grises demi-transparentes, surtout très-nombreuses entre les lobes du poumon qui sont réunis par des fausses membranes d'ancienne formation. Le tissu du poumon est sain, on n'y trouve pas de granulations. A la partie postérieure du lobe inférieur du poumon gauche, on rencontre une grande quantité de ces granulations. Le lobe supérieur est très-sain et n'en présente pas de traces. Les ganglions lymphatiques des bronches sont très-pleins de matière tuberculeuse concrète. Les bronches paraissent saines. La muqueuse du larynx présente plusieurs petits points rouges.

Abdomen. — La muqueuse du pharynx et du commencement de l'œsophage a une teinte ardoisée.

Estomac. — Un pointillé rouge très-fourni existe sur la muqueuse, et çà et là on voit quelques petites ecchymoses. Cette membrane a son épaisseur et sa consistance naturelles.

Duodénum et *Jéjunum.* — Leur muqueuse présente une teinte brune qui est produite par un pointillé noir très-abondant. La même lésion existe dans toute l'étendue de l'iléum; de plus, dans les dix-huit derniers pouces de cet

intestin, on trouve six petites tumeurs saillantes, arrondies, d'une ligne à deux de diamètre, offrant une ressemblance frappante avec les pustules du favus; la dépression centrale et le bourrelet circulaire sont bien prononcés. Leur surface est recouverte d'une fausse membrane jaune, épaisse, au-dessus de laquelle la muqueuse est détruite, et le tissu cellulaire rouge, gonflé, ramolli. C'est ce tissu qui forme la base de la tumeur. On voit en outre plus de deux cents petites saillies semblables aux précédentes, à cela près de la fausse membrane qui n'existe pas; leur surface présente une ulcération brunâtre à laquelle adhèrent de petits filamens très-fins qu'on voit flotter dans l'eau lorsqu'on y plonge l'intestin.

Entre ces différentes saillies on en voit d'autres plus petites, miliaires, d'un blanc jaunâtre, recouvertes d'une pseudo-membrane. Je crois que toutes ces petites tumeurs sont formées par le gonflement des follicules isolés.

Sur les dernières plaques de Peyer existent de très-superficielles ulcérations recouvertes de ces pellicules pseudo-membraneuses très-minces que nous avons trouvées dans l'iléum des autres sujets. Du reste, autour de ces ulcérations, la plaque paraît saine, les follicules sont intacts. Dans l'étendue indiquée de l'iléum (18 pouces), la membrane charnue est sensiblement hypertrophiée.

Cæcum. — Dans la partie qui correspond à l'iléum, on voit les follicules sous-forme d'un point noir avec une auréole pâle à la circonférence; c'est l'état sain. Dans la partie qui correspond au colon, on trouve une quantité innombrable de petites ulcérations circulaires à fond rouge, dont les bords sont taillés à pic. Il est impossible de se refuser à admettre que ces ulcérations ont leur siège dans les follicules isolés, puisqu'on voit quelques-uns de ceux-ci entourés d'une auréole rouge, et d'autres au centre d'une ulcération exactement circulaire.

Les mêmes altérations existent dans le colon ascendant.

Dans la portion descendante on trouve de grosses bosselures saillantes à la surface interne, correspondant aux bourses de l'intestin, et sur lesquelles la muqueuse est détruite. La surface ulcérée est recouverte d'un enduit grisâtre, peu adhérent, au-dessus duquel le tissu cellulaire est ramolli, couleur lie de vin, et considérablement hypertrophié; il a 5 à 6 lignes d'épaisseur. Le rectum présente seulement quelques petites ulcérations.

On voit au travers du mésentère une grande quantité de taches noires irrégulières produites par les ganglions lymphatiques situés entre les deux lames de ce repli péritonéal. Ces ganglions ont à peu près leur volume ordinaire; leur tissu est d'un noir de charbon.

Foie. — Volume ordinaire; teinte jaune; bonne consistance. La vésicule contient une petite quantité de bile jaune-verdâtre, assez épaisse.

Reins. — Les bassinets renferment un liquide purulent assez abondant; leur muqueuse est rouge. La vessie est rétractée, on y trouve seulement une cuillerée d'un liquide purulent, grumelé.

OBS. IV.e — Lethellier (Pierre), chasseur, âgé de 20 ans, entré à l'hôpital le 17 août 1831, affecté de dysenterie depuis douze jours.

17 août, 13.e jour. Matières fécales colorées en rouge par le sang et contenant des mucosités et des débris de membrane muqueuse. (Tisane pectorale. Eau de riz. Potion calmante).

18, 14.e jour. Peau chaude et sèche. Grande faiblesse. Aspect plombé. Sommeil de quelques heures seulement. Pouls petit, lent. Langue couverte d'un enduit jaunâtre. Ventre déprimé, douloureux; selles très-fréquentes avec coliques vives, suivies de l'excrétion d'un mucus globuleux d'un jaune verdâtre avec débris lamelleux. (Tisane pect. Fomentations sur l'abdomen avec eau de guimauve un litre, extrait de belladone deux gros; répétées deux fois par jour. Potion calmante).

19, 15.ᵉ jour. Peau chaude légèrement halitueuse, pouls petit, à 75. Insomnie. Langue enduite d'un mucus jaunâtre. Abdomen déprimé, coliques vives, selles fréquentes, matières excrétées muqueuses, teintes de sang. Faiblesse générale très-prononcée. (Tisane pect. Potion calm.; demi-bain chaud; 1/4 régime amilacé).

20, 16.ᵉ jour. Peau à peu près naturelle. Pouls petit, lent. Insomnie. Grande faiblesse. Langue d'un rouge vif à la pointe et aux bords, enduite à sa surface d'un mucus jaunâtre avec papilles rouges saillantes. Coliques vives et presque continuelles. Matières des évacuations alvines d'un jaune verdâtre, teintes en rouge çà et là, composées de mucus avec fragmens pseudo-membraneuxt. (Tisane pectorale. Potion calm. Vin sucré ℥ij; deux potages).

21, 17.ᵉ jour. Extrémités froides. Pouls petit, filiforme. La faiblesse est si grande que le malade ne peut se tenir sur son séant; les matières fécales sont répandues dans le lit. Elles sont très-liquides, comme les jours précédens, de couleur verdâtre, avec débris de fausses membranes et çà et là du mucus globuleux teint en rouge par le sang. L'abdomen est très-déprimé, très-douloureux. Langue sèche, couverte d'un enduit brunâtre. Aspect cadavéreux. (Tisane pect. Vin sucré, ℥ij).

Mort le 22 à cinq heures du matin.

Nécropsie faite 30 heures après la mort. — Extérieur. — Pâleur générale très-prononcée, amaigrissement considérable, légère raideur musculaire aux membres.

Tête. — Les membranes du cerveau sont saines; les sinus de la dure-mère contiennent une grande quantité de sang noir et fluide. Le cerveau et le cervelet sont dans l'état normal, sans injection.

Thorax. — Cœur de volume ordinaire, de bonne consistance, les ventricules contiennent des caillots fibrineux jaunâtres. Point de sérosité dans les cavités pleurétiques. Les poumons exsangues ne présentent aucune trace d'altération.

Abdomen. — Le péritoine ne contient pas de sérosité. L'épiploon très-injecté recouvre toute la masse intestinale. A partir du cœcum, la tunique séreuse du gros intestin présente une injection vasculaire très-prononcée, et çà et là des plaques noirâtres se voient au travers des parois du colon. Les ganglions lymphatiques du mésocolon sont très-rouges, noirâtres, gorgés de sang et plus volumineux que dans l'état sain. La surface péritonéale de l'intestin grêle est pâle; les ganglions du mésentère sont sains.

Intestin grêle. — Dans le quart supérieur du jéjunum, la membrane est teinte en jaune. Dans l'iléum cette membrane présente çà et là de larges espaces rouges, avec ramollissement. Quelques-unes des plaques de Peyer sont envahies par cette rougeur inflammatoire ; quelques autres sont teintes en vert. Tout-à-fait à la partie inférieure de cet intestin, la muqueuse est rouge, gonflée, ramollie, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux jaune-verdâtre. Plus bas, on voit deux larges plaques de Peyer tout-à-fait dans l'état normal. L'intestin grêle contient une bouillie jaune dans sa partie supérieure et jaune-verdâtre dans l'inférieure.

Gros intestin. — Le cœcum présente à sa surface interne une quantité immense d'ulcérations, dont les bords sont découpés irrégulièrement, et la superficie recouverte d'un enduit pseudo-membraneux verdâtre au-dessous duquel le tissu cellulaire est très-rouge. Entre ces petites ulcérations, la muqueuse dans certains points est pâle, dans d'autres elle est rouge et ramollie. Un vaste ulcère occupe toute l'étendue du colon : la muqueuse a disparu presque complètement, il n'en reste plus çà et là que quelques petits lambeaux, ou petites îles, dont les uns sont pâles, et les autres d'un rouge vif sont ramollis. La surface de cet ulcère est recouverte d'un enduit jaune-verdâtre très-adhérent, et offre un grand nombre de tubercules durs, formés par le gonflement du tissu cellulaire.

Dans le rectum il ne reste plus de traces de la muqueuse. La tunique celluleuse forme une membrane à surface unie, lisse, qui a l'aspect des muqueuses de nouvelle formation. On y voit une infinité de petites dépressions arrondies dont les plus profondes pénètrent jusqu'à la tunique charnue. Ce sont de petites ulcérations qui ont envahi la tunique celluleuse. Dans toute l'étendue du gros intestin la membrane charnue est hypertrophiée, surtout au rectum où elle a deux lignes d'épaisseur. Dans les autres endroits elle a une ligne à une ligne et demie. L'épaisseur de la tunique celluleuse est bien plus considérable encore dans les endroits où elle forme ces tubercules saillans. À la surface interne du colon elle a de deux à quatre lignes d'épaisseur. Son tissu hypertrophié est grisâtre et traversé par un grand nombre de petits vaisseaux.

Lorsqu'on plonge dans l'eau limpide le gros intestin, on voit flotter de petits filamens teints en verts ou en jaune qui se détachent de la surface cellulaire.

Le foie a son volume ordinaire, une belle couleur rosée. La vésicule est pleine d'une bile épaisse et très-verte.

La vessie rétractée ne contient pas d'urine; le tissu des reins paraît sain. Leur bassinet renferme une petite quantité de liquide laiteux puriforme.

La rate, très-petite, a une bonne consistance.

Nous regrettons de n'avoir pu obtenir des renseignemens plus précis sur les caractères physiologiques de cette dysenterie : le jeune homme qui fait le sujet de cette observation, ne parlant qu'un mauvais allemand, ne pouvait répondre à la plupart de nos questions.

Obs. V.e — Floran, âgé de 21 ans, chasseur, d'une constitution assez forte.

18 août 1831. 22.e jour de l'invasion. Peau chaude et sèche; pouls petit, très-lent. Langue rosée au milieu, rouge à la pointe et aux bords; abdomen déprimé, selles fréquentes, précédées de coliques assez vives; matières

évacuées, jaunes, verdâtres, avec débris pseudo-membraneux et quelques flocons muqueux teints en rouge, (Tisane pectorale, potion calmante, vin sucré, ℥ iv; régime, un quart).

19 août. 23.ᵉ jour. Peau moins chaude et moins sèche; pouls petit, serré, plus fréquent; langue rosée. Abdomen moins déprimé, douloureux à la région iliaque gauche. Depuis le début de l'affection, la maigreur a fait des progrès rapides. (Lavement pour eau, ℥ ij; acétate de plomb, gr. iv; extrait aqueux d'opium, gr. ß.—Vin sucré, ℥ ij; tisane pectorale; potion calmante).

20 août. 24.ᵉ jour. L'état du malade est sensiblement amélioré; les selles sont moins fréquentes; les matières fécales presque solides. Sommeil paisible la nuit dernière. (Lavement comme la veille; vin sucré; potion calmante; tisane pectorale).

21 août, 25.ᵉ jour, Même état. (Même traitement).

24 août, 28.ᵉ jour. Nous observons quelques pustules de variole sur la face et la partie antérieure du thorax. Le malade est plus faible que les jours précédens; insomnie complète; langue rouge et sèche; soif vive. Les accidens dysentériques n'ont pas varié depuis le 20 août, 24.ᵉ jour. (Même traitement).

25, 26 et 27 août, 29, 30 et 31.ᵉ jours. L'éruption variolique se fait lentement. On voit çà et là quelques pustules sur les membres et le ventre. Du reste, le malade est toujours dans le même état.

28 août. 32.ᵉ jour. Aujourd'hui les selles sont très-fréquentes, liquides, sanguinolentes; prostration extrême des forces. Les pustules varioliques sont très-pâles. Le malade accuse une douleur vive au genou droit; il n'y a ni rougeur, ni gonflement. (Eau de riz; lavement émollient).

29 août. 33.ᵉ jour. Peau chaude et sèche; pouls petit, fréquent; langue rouge; plaques blanches à la base; soif

vive ; ventre peu douloureux ; évacuations comme la veille. (Eau de riz ; potion calmante ; lavement).

30 août. 34.ᵉ jour, peau légèrement halitueuse : pouls un peu relevé ; langue rouge, humide ; soif peu vive. Le malade éprouve le besoin de prendre des alimens ; le ventre n'est point douloureux. Trois selles la nuit précédente ; matières fécales liquides, sanguinolentes. Insomnie, gonflement considérable du genou droit, douleur très-vive ; fluctuation évidente. On voit un grand nombre de pétéchies sur les membres inférieurs. Les pustules de la variole sont pâles, et font des progrès à peine sensibles ; quelques-unes sont ecchymosées. Le malade est toujours dans un état de faiblesse extrême. (Potion calmante ; vin sucré).

31 août. 35.ᵉ jour. Peau chaude et sèche ; pouls peu développé, fréquent ; langue d'un rouge de feu, avec enduit de muguet vers la base. Soif vive, appétit nul. Ventre douloureux dans toute l'étendue ; matières évacuées liquides, jaunâtres ; selles plus fréquentes que les jours précédens. L'inflammation des pustules est complètement éteinte ; plusieurs sont ridées, affaissées. Les pétéchies comme hier. Genou droit dans le même état. Le membre thoracique gauche est douloureux dans les articulations du poignet, du coude et de l'épaule. (Vésicatoire sur le mollet droit. Cataplasmes émolliens sur les articulations douloureuses ; eau de riz ; potion calmante).

1, 2, 3 septembre. 36, 37 et 38.ᵉ jours. Même état ; même traitement. Le 3 septembre, un hoquet presque continuel vient encore agraver la position du malade.

4 septembre. 39.ᵉ jour. Peau sèche, brûlante ; pouls petit, filiforme, très-fréquent. Langue rouge à la pointe, recouverte d'un enduit de muguet très-épais dans le reste de sa surface. Ventre déprimé, douloureux. Le hoquet persiste et est accompagné de vomissemens de mucosités filantes, teintes en jaunes, très-amères ; les déjections alvines sont très-nombreuses. On donne la potion suivante :

infusion de tilleul, ℥ ij ; eau de menthe, ℥ ij ; eau de fleurs d'oranger, ℥ ß ; sirop, ℥ j.

5, 6 septembre. 40.e, 41.e jours. Le muguet s'étend de la langue à la face interne des lèvres. Le hoquet et les vomissemens deviennent plus rares ; les évacuations alvines sont très-nombreuses. A chaque fois qu'il se met sur le pot, le malade rend à peine une cuillerée de sérosité teinte en jaune. Les articulations malades sont dans le même état.

Depuis cette époque jusqu'au 8 octobre, les symptômes propres de la dysenterie n'ont presque pas varié : évacuations très-nombreuses d'une sérosité sanguinolente ou teinte en jaune. Douleurs vives à l'abdomen ; pouls petit plus ou moins fréquent ; peau sèche, terne ; langue d'un rouge vif dans les endroits qui ne sont pas recouverts de muguet ; insomnie. Pendant les vingt derniers jours de la vie, des sueurs abondantes, surtout à la tête, inondaient le malade. Toutes les articulations successivement sont devenues douloureuses : plusieurs étaient le siége de collections purulentes. Celles du genou droit et du poignet gauche ont été ouvertes au moyen du bistouri. La cuisse droite, dans toute sa longueur, était infiltrée, ainsi que la fesse gauche. Une vaste collection purulente, à parois très-minces, fluctuante, présentant des battemens parfaitement isochrones aux pulsations artérielles, s'est développée à la partie supérieure de la région sternale. Enfin, le 8 octobre, à huit heures du matin, le malade a succombé dans un état de marasme effrayant.

Nécropsie faite le 9 octobre, 24 heures après la mort. État extérieur. — Pâleur générale ; maigreur prononcée ; on voit çà et là des taches pétéchiales sous forme de petites ecchymoses irrégulières d'un rouge foncé.

Ventre. Le péritoine est très-pâle et ne contient pas de sérosité. Les ganglions mésentériques et mésocoliques ont une teinte noire foncée ; du reste, ils ont une bonne consistance et leur volume ordinaire.

L'estomac est rétracté; sa muqueuse forme des rides très-étendues. Cette membrane est généralement pâle; elle offre çà et là une teinte brune produite par le pointillé noir des papilles : sa surface est recouverte d'un mucus grisâtre très-adhérent. Le duodénum et le jéjunum sont sains; seulement dans ce dernier le pointillé noir est très-abondant. Dans l'iléon, la muqueuse est d'une grande pâleur et d'une telle ténacité qu'on peut à peine l'enlever par petits lambeaux, et lorsqu'on y parvient elle se présente sous forme de petites lamelles très-minces ayant la couleur et la consistance d'une gelée de colle de poisson. Les parois de l'intestin semblent moins épaisses que dans l'état sain. Les plaques de Peyer sont très-apparentes et sans altération jusqu'à l'extrémité inférieure de l'iléon; là, la muqueuse qui recouvre la dernière plaque est inégale, bosselée, épaissie, et surtout très-ramollie; elle présente aussi une teinte brune assez prononcée; çà et là, au-dessus de cette dernière plaque cette membrane est pénétrée d'arborisations vasculaires très-fines. Les parois de cette petite portion de l'iléon sont évidemment hypertrophiées; la tunique charnue a plus d'une ligne d'épaisseur.

Les membranes muqueuse et celluleuse *du cœcum* sont détruites. La membrane musculaire est à nu; elle est disséquée par petits faisceaux qui sont dénudés de leur tissu cellulaire intermédiaire. Il reste çà et là quelques lambeaux de la muqueuse, irréguliers, d'une ligne à cinq de diamètre, dont la surface présente une teinte noire charbonnée; on les prendrait pour des plaques de mélanose. — La membrane muqueuse est intacte dans la plus grande partie du colon ascendant. On voit plusieurs espaces irréguliers, plus noirs que les parties environnantes, où la muqueuse seule est détruite. La surface de ces ulcérations est formée par la tunique celluleuse pénétrée d'une matière noire, charbonnée, qui lui donne sa couleur. Dans les endroits où la muqueuse est conservée, la teinte noire est

moins foncée; mais si on enlève cette membrane on trouve la tunique celluleuse d'un noir de charbon. Dans les deux tiers du colon transverse on ne trouve plus ni membrane muqueuse, ni tunique celluleuse; la membrane charnue est à nu; les ulcérations dont elle forme le fond sont ici, comme dans le cœcum, d'un gris pâle. Ces ulcérations irrégulières sont séparées par des lambeaux de la muqueuse qui communiquent entre eux par de petites bandelettes; leurs bords sont taillés à pic, comme si la perte de substance avait été faite par un emporte-pièce. Les mêmes lésions existent dans le reste du colon. Les lambeaux de membrane muqueuse ont une teinte brune. Quelques ulcérations, dont le fond est formé par le tissu cellulaire, sont d'un noir foncé. Les autres, qui présentent la tunique musculaire à nu, sont grisâtres. — Nous trouvons dans le rectum une infinité d'ulcérations semblables aux précédentes. Les parois de cet intestin contiennent quelques petites collections purulentes.

Le pancréas est sain. Le foie a son volume ordinaire; il est d'une belle couleur rosée. La vésicule semble demi-transparente, d'un jaune-clair; elle est distendue par une grande quantité d'un liquide séreux légèrement teint en jaune par la bile. Rate de volume ordinaire, de bonne consistance. Les reins sont dans l'état normal; la membrane muqueuse des bassinets est pâle et contient un peu d'urine trouble. La vessie a le volume du poing, elle est pleine d'urine citrine.

Thorax. A la partie supérieure et sur la ligne médiane de la région sternale existe une tumeur arrondie, fluctuante, de quatre pouces de diamètre et d'un pouce de saillie. Le liquide qu'elle contient paraît superficiel. Lorsqu'on fait mouvoir alternativement l'extrémité supérieure et l'extrémité inférieure du sternum, on sent une crépitation produite par le frottement de la pièce supérieure sur l'inférieure. Les cartilages costaux droits compris dans la tumeur sont d'une grande mobilité. A l'ouverture de cette

tumeur on trouve une grande quantité de pus grisâtre très-fétide. Le foyer est formé en avant par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les moyens d'union entre la pièce supérieure du sternum et l'inférieure sont détruits. La pièce inférieure, dans l'étendue de deux pouces, est complètement nécrosée, dépourvue de son périoste, et plonge au milieu du pus. Les cartilages des deuxième et troisième côtes droites ne tiennent plus au sternum ; les muscles intercostaux sont détruits ; il y a une large communication entre ce foyer extérieur et un foyer intérieur qui occupe une partie du médiastin antérieur. Ce dernier foyer n'a aucune communication avec les cavités pleurétiques. Il est séparé du cœur et de l'aorte par une cloison cellulaire assez épaisse, qui recevait du cœur les impulsions qu'on observait pendant la vie. Un foyer purulent du volume d'une noix, saillant à l'extérieur, existe entre la peau et l'appendice xyphoïde. Ce foyer communique avec un autre situé dans le médiastin par le trou que présente l'appendice.

La plèvre gauche est recouverte d'une pseudo-membrane molle, blanche, très-épaisse ; la cavité pleurétique contient une assez grande quantité de sérosité citrine au fond de laquelle on trouve des flocons albumineux. La plèvre, dénudée de sa fausse membrane, est d'un rouge de sang.

Le poumon gauche est mou, flasque, sans crépitation ; il a perdu la moitié de son volume. Son sommet présente quelques granulations grises, semi-transparentes. Les ganglions lymphatiques des bronches sont pénétrés de matière tuberculeuse. La plèvre droite est saine, le poumon droit gorgé de sang au sommet et à la partie postérieure. La muqueuse de la trachée et des bronches est pâle. A la partie antérieure et supérieure du larynx existe un foyer purulent ; le corps de l'os hyoïde, rugueux, inégal, nécrosé, est en contact avec le pus ; la grande corne de cet os est séparée de son corps. Les cartilages du larynx sont séparés du pus par une couche de tissu cellulaire. Les parois

du foyer sont noirâtres. La langue, le pharynx et l'œsophage sont sains.

Le cœur et ses enveloppes ne présentent aucune lésion.

Les articulations sterno-claviculaires ont leurs surfaces rugueuses, inégales, privées de synoviale et de cartilages; elles renferment un liquide purulent rougeâtre. On trouve dans l'articulation scapulo-humérale droite, une petite quantité de pus très-liquide, noirâtre. Les cartilages sont détruits en plusieurs points; la synoviale est très-rouge. Les muscles environnans sont noirâtres. Les articulations du coude et du poignet du même côté sont saines. L'articulation scapulo-humérale gauche et celle du coude sont saines. Les surfaces articulaires du poignet gauche sont rouges, inégales, rugueuses; la synoviale et les cartilages n'existent plus. Le même désordre existe dans les articulations des os du carpe entre eux. L'articulation du poignet communique à l'extérieur par deux trajets fistuleux, et dans la paume de la main avec un foyer purulent.

Un vaste foyer purulent occupe toute l'étendue de la cuisse droite; il contient au moins deux litres de pus d'une grande fétidité, couleur café au lait, au milieu duquel baigne le fémur. Cet os est recouvert de son périoste; il ne reste plus çà et là que quelques fibres du triceps crural; ce muscle, et tous ceux de la cuisse, sont noirs, disséqués, divisés, surtout le triceps, en une infinité de lambeaux irréguliers; ce foyer communique avec l'articulation du genou. La surface articulaire du tibia, en contact avec le condyle interne du fémur, est rouge, rugueuse, dénudée en partie de son cartilage; les lambeaux qui restent s'enlèvent avec la plus grande facilité. La surface articulaire du condyle est dans le même état. En haut le foyer purulent s'étend jusqu'à l'articulation coxo-fémorale, mais ne communique pas avec sa cavité. Une énorme collection purulente, de même nature que la précédente, existe dans la fesse gauche, fait le tour de l'articulation

coxo-fémorale, mais n'a pas de communication avec elle.

(*La suite à un prochain Numéro.*)

Bulletin de la Société médicale d'Emulation.

Rapport sur les Mémoires envoyés au concours, sur la question suivante : « De la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement. » Commission : MM. Vassal, Velpeau, et Guillemot, rapporteur.

La Société médicale d'émulation avait proposé, pour le prix de l'année 1834, l'*Histoire de la Rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement.* Elle a reçu quatre mémoires; la commission qu'elle a nommée pour l'examen de ces travaux, vient s'acquitter de sa mission, en vous apportant les élémens qui doivent éclairer et fixer vos décisions.

Tous les auteurs des mémoires envoyés ont à peu près suivi la même marche. Ils ont compris que, dans la science des Mauriceau, des Lamotte, des Smellie, etc., les questions ne peuvent se résoudre que par le secours des observations, et que les vérités ne s'établissent que par le rapprochement et la discussion des faits. Cette manière de traiter le sujet leur était surtout commandée dans la question que vous aviez mise au concours, car il s'agissait d'un de ces accidens redoutables qui se présentent rarement à l'observation du médecin, et dont l'histoire, toute à refaire, doit être empruntée aux archives de la science. En recueillant les faits, et en les disposant suivant l'ordre qui leur convient, les auteurs devaient tour à tour les interroger, les considérer sous toutes les faces, et mettre en lumière tout

ce qu'ils renferment de données pour les progrès de l'art. Malheureusement le temps leur a manqué pour accomplir ce travail, pour tirer des faits toutes leurs conséquences plausibles, et pour ajouter aux recherches toutes les réflexions que la méditation fait naître. Ils vous ont apporté de nombreux matériaux, ils vous ont livré des documens précieux sur la rupture du vagin et de la matrice. Ils ont produits de bons ouvrages. Cependant tous ne vous ont pas présenté avec le même succès l'état de nos richesses sur ce sujet. Tous n'ont pas également porté des lumières utiles dans l'art des accouchemens. Enfin, tous n'ont pas les mêmes droits à vos suffrages; il en est trois que la Commission a jugé dignes d'une distinction particulière. C'est sur ces mémoires que nous allons fixer l'attention de la Société.

I. *Siège de la rupture du vagin.* — La rupture peut s'opérer sur tous les points du vagin : à sa portion supérieure, à sa partie moyenne, ou bien à son extrémité inférieure, souvent à ses parois antérieure et postérieure et rarement vers les côtés. Le plus fréquemment elle ne comprend que la muqueuse; dans quelques cas elle s'étend aux membranes muqueuse et musculeuse : le péritoine est dans cette condition seulement décollé. Dans d'autres circonstances, cette dernière membrane est l'unique siége de la rupture. La déchirure peut être simple, ou se compliquer de la lésion des organes voisins. Mais quel que soit le siége de la rupture, quelles que soient ses complications, elle ne doit fixer notre attention qu'autant qu'elle constitue les indications principales. Étudier longuement et en détail la rupture du vagin, lorsqu'il y a en même temps rupture du périnée, du rectum, ou déchirure de la vessie et de son col, c'est oublier l'objet principal de la question, car les indications appartiennent à la lésion de ces derniers organes et non à la rupture du vagin. L'auteur du mémoire N.° 2 (*Rem a me sæpe deliberatam et multùm agitatam requiris*)

n'a donc pas compris les limites de la question que vous aviez posée, lorqu'il nous a tracé l'histoire de la rupture et de la perforation du périnée, de la déchirure de l'urètre et du rectum, produites pendant l'accouchement. Malgré toute l'importance des observations que cette dernière partie du mémoire renferme, elle nous a paru à côté de la question, et il ne nous a pas été possible d'y avoir égard. L'auteur du mémoire N.° 4 (*Ars medica tota in observationibus*) a évité cet écueil, en se bornant à indiquer ces accidens. Dans le mémoire N.° 1.er (*Scribo nec picta, nec ficta, sed quæ ratio, sensus et experientia docent*), la question a été traitée comme elle avait été tracée dans votre programme, et comme elle avait été comprise par Boër et par les écrivains qui en ont fait l'objet de leurs méditations. Ce n'est guère que dans les cas où la rupture a lieu vers la moitié supérieure du vagin que cet accident devient redoutable, et qu'il mérite les recherches et les travaux que vous avez provoqués.

Siége de la rupture de la matrice. — La rupture peut avoir lieu sur toutes les régions de la matrice, à son col, à son corps, à son fond, sur ses parois antérieure, postérieure et latérales. Elle ne comprend quelquefois que la muqueuse, mais le plus souvent elle s'étend aux membranes muqueuse et musculaire, comme dans le cas de rupture du col utérin. Rarement la déchirure se limite à ces deux membranes, lorsque le corps et le fond sont rompus. Dans quelques cas, l'enveloppe peritonéale est seulement décollée, et si alors elle se déchire, le lieu de la rupture ne répond pas à celui de la déchirure des deux autres membranes. Enfin, le péritoine qui revêt la matrice se déchire quelquefois seul, et les membranes muqueuse et musculaire restent dans leur intégrité. Cette dernière espèce de rupture a été seulement signalée dans le mémoire N.° 4. L'auteur de ce mémoire a pensé que l'histoire de la rupture de la matrice ne serait pas complète,

si elle ne comprenait pas la rupture de la trompe, des ovaires, des kystes des grossesses abdominales. Cette partie, que rien ne semble légitimer ici, est devenue un complément nécessaire à la question proposée, et on partagera cette opinion, si l'on réfléchit que la rupture de ces divers organes et celle de la matrice, ont, sous le rapport de leurs causes, du mécanisme qui les produit, des conséquences qu'elles entraînent et du traitement qu'elles réclament, des analogies telles qu'il n'est guère possible de les séparer comme deux maladies bien distinctes. Les ruptures de la matrice pendant la grossesse se confondent quelquefois avec la déchirure des trompes, comme dans les grossesses utéro-tubaires, et se rapprochent des ruptures communes à la matrice et au vagin. Cela ne pouvait pas être autrement, les trompes n'étant que la continuation de la matrice, et leur structure se composant des mêmes élémens. Les grossesses tubaires sont dans les mêmes conditions que les grossesses interstitielles. D'ailleurs, si tant de motifs ne nous portaient pas à adopter le sentiment de l'auteur, l'histoire de la gestation tubaire devrait encore trouver sa place ici, pour nous fournir des lumières sur divers points obscurs de la question que nous traitons, et pour y puiser les notions propres à remplacer ce qu'il manque de l'observation directe dans la rupture de la matrice. L'auteur du mémoire N.° 2, pour n'avoir pas suivi cette marche, n'a fait qu'ébaucher des questions, qu'il aurait rendu complètes, s'il avait eu devant lui l'histoire générale de ce genre de grossesse. Quant aux grossesses ovariques ou abdominales, nous exposerons plus loin nos motifs pour les rejeter de l'histoire de la rupture de la matrice et du vagin.

II.° — L'étiologie des ruptures du vagin et de la matrice a été faite à peu près avec le même soin et la même exactitude dans les trois mémoires. Le tableau suivant, emprunté à l'auteur du mémoire N.° 4, vous représentera fidèlement toutes les causes qui préparent et déterminent la rupture.

CAUSES DES RUPTURES.

- 1° Causes intérieures.
  - Causes intérieures, tenant à la mère et dépendant....
    - 1° des parties molles qui font obstacle à la sortie du fœtus.....
      - 1° Obstacles situés au vagin, cicatrices par suite des grossesses précédentes, etc.
      - 2° Obstacles situés au col de l'utérus.
      - 3° Obliquités de l'utérus.
      - 4° Vices de conformation de l'utérus. Utérus bilobé, inégalité d'épaisseur des parois.
    - 2° des parties molles qui sont préalablement malades..........
      - 1° Inflammation.
      - 2° ramollissement
        - gangréneux.
        - et non gangréneux.
      - 3° Tubercule.
      - 4° Squirrhe.
      - 5° Tumeurs diverses. — 6° Prolapsus.
    - 3° des parties molles qui restent dans l'inaction sans cause appréciable.
      - Longueur du travail.
    - 4° des parties dures ....
      - 1° Etroitesse du bassin.
      - 2° Tumeurs diverses des os, et notamment le relief tranchant de la crête pubienne et une proéminence trop considérable à l'angle sacro-vertébral.
  - Causes intérieures, tenant au fœtus..
    - 1° situation......................
      - 1° dans le lieu où il est incarcéré
        - 1° gross. interstit[lle].
        - 2° — tubaire.
        - 3° — ovaire.
        - 4° utérus bilobé.
      - 2° positions vicieuses.
    - 2° volume ....
      - 1° sans accroissement maladif.
      - 2° avec accroissem. maladif et partiel. Hydrocéph., etc.
    - 3° eu égard au mode suivant lequel il opère la déchirure .....
      - activement.
      - passivement.
- 2° Causes extér.
  - 1° directes........
    - 1° plaies de l'abdomen.
    - 2° coups, chutes sur le ventre, etc.
    - 3° manœuvres obstétricales.
  - 2° indirectes.......
    - 1° chute sur les fesses, sur les talons.
    - 2° mouvemens brusques et violens de la femme pendant les douleurs de l'accouchement.

Les auteurs des mémoires N.° 1 et N.° 2, dans l'examen des altérations que la matrice subit, et qui la disposent à la rupture, se sont bornés à rapporter les observations qui constatent leur existence. Ils n'ont rien vu au delà. Cependant c'était peut-être dans cette espèce de causes que la rupture pouvait être prévue et annoncée; car la matrice ne se désorganise pas sans révéler par la souffrance son état morbide. Les faits de Muller, de Palletta, Mursinna, Steidele, de Kehn, etc., témoignent assez des douleurs violentes que la femme éprouve dans le lieu du ramollissement et de l'amincissement, long-temps avant la rupture de la matrice. Ces douleurs ne doivent pas être confondues avec celles qui se présentent sous forme de crampes, et que Roberton a signalées comme un symptôme précurseur de la rupture de la matrice dans les cas d'étroitesse du bassin. Produites par la compression de l'utérus entre la tête du fœtus et la saillie du sacrum, ces dernières ne surviennent qu'au milieu du travail, et au moment où le fœtus s'engage dans le détroit abdominal, au lieu que les premières se montrent ordinairement pendant la grossesse, quelque temps avant l'accouchement, et acquièrent seulement plus de violence et d'intensité pendant le travail. Les douleurs de cette espèce ont lieu sur toutes les régions de la matrice et partout où le ramollissement et la gangrène commencent à se développer. J'ai cherché dans les mémoires N.° 1 et N°. 2, soit aux articles Ramollissement, soit dans la symptomatologie des ruptures de la matrice, les réflexions que je viens d'emprunter en partie au mémoire N.° 4. Je ne les ai trouvées nulle part. Votre Commission les a jugées assez importantes pour vous les signaler, et appeler sur cette matière l'attention des hommes de l'art.

III.° Les conséquences que la rupture entraîne sont également bien exposées dans les trois mémoires. Cependant l'auteur du mémoire N.° 4 conserve ses avantages par les développemens dont il a enrichi le sujet. Le tableau suivant que nous lui empruntons, est le résumé de tout ce qui est renfermé dans les deux autres mémoires.

CONSÉQUENCES IMMÉDIATES.

- 1° sous le rapport du mode de parturition
  - 1° quand le vagin est déchiré
    - 1° quand il y a déchirure simple du vagin. — Parturition naturelle.
    - 2° quand il y a rupture du vagin et rupture centrale du périné. — Parturition périnéale.
    - 3° quand il y a déchirure simultanée du vagin et du rectum. — Parturition anale, possible, non nécessaire.
    - 4° quand il y a déchirure simultanée du vagin et du péritoine. — Parturition péritonéale.
  - 2° quand l'utérus est déchiré
    - 1° quand il y a rupt. de l'utérus seule
      - 1° possibilité d'une parturition naturelle.
      - 2° le plus souvent, parturition artificielle.
    - 2° quand il y a rupture simult. de l'utérus et du péritoine. Parturition péritonéale
      - 1° complète.
      - 2° incompl. ou passage d'une partie de l'enfant dans le ventre.
    - 3° quand il y a rupture de l'utérus et des parois abdominales
      - 1° parturition artificielle.
      - 2° parturition à travers les parois abdominales.
- 2° sous le rapport du mode de guérison.
- 3° sous le rapport des accidens
  - 1° hémorrhagie.
  - 2° épanchement.
  - 3° inflammation.
  - 4° hernies intestinales.

Il serait trop long de suivre les auteurs sur cette matière, et de relever toutes les idées qui ont été émises. La Commission n'est pas tenue de répondre de toutes les opinions exprimées dans les trois mémoires; mais il en est quelques-unes sur lesquelles votre rapporteur a cru devoir fixer votre attention.

La femme ne succombe pas toujours aux accidens immédiats de la rupture. Elle passe dans d'autres conditions et se trouve dans un nouvel état. Pour bien juger les changemens qui peuvent survenir, examinons, à l'exemple de l'auteur du N.° 4, ce qui arrive dans la rupture de la trompe. La grossesse tubaire se prolonge quelquefois sans accidens au-delà de sept, huit et neuf mois. Cependant la trompe n'est pas toujours assez extensible pour se prêter à tout ce développement. La rupture peut se faire au terme de trois ou quatre mois, mais de telle sorte que la mort n'en soit pas sur-le-champ le résultat. Clarke avait préjugé que la grossesse tubaire pouvait arriver à son terme, si la déchirure était peu étendue et s'opérait sur un point éloigné de l'implantation du placenta. Suivant l'accoucheur anglais, la rupture est réparée par le caillot du sang épanché qui s'organise et s'unit à l'œuf. Mais que la fausse membrane se forme d'un caillot de sang organisé, ou bien qu'elle soit le produit d'une exhalation particulière, il est aujourd'hui démontré qu'une enveloppe extérieure, formée de lymphe coagulée, se montre à l'endroit où la trompe a été déchirée et sert en quelque sorte de membrane caduque au produit de la conception. Cette fausse membrane apparaît d'abord sous la forme d'une couche blanchâtre, facile à déchirer. Bientôt elle acquiert une organisation plus compliquée. Elle devient vasculaire et musculaire, ainsi que Duverney l'avait déjà noté. Elle tient lieu alors de matrice. Si, dès sa formation primitive, la lymphe s'est répandue sur des portions d'intestin, en s'organisant elle peut les réunir, et les comprendre dans

la cavité qu'elle forme. Si la rupture des membranes de l'œuf se fait, le produit de la conception est encore protégé par cette fausse membrane. Cette opinion, fondée sur l'observation, mérite la préférence sur celle qui est exposée dans le mémoire N.° 4. Suivant cet auteur, la rupture de l'amnios et du chorion précède la formation de la membrane kysteuse.

Ce qui se passe dans la rupture de la trompe peut-il se présenter dans les déchirures de la matrice au terme de trois ou quatre mois? La structure vasculaire de l'utérus et l'état de congestion où se trouve cet organe à cette époque, semblent être des conditions où la rupture ne peut pas se faire sans le développement d'une hémorrhagie subitement mortelle. Cet événement est constamment survenu dans les circonstances les plus favorables, c'est-à-dire, dans celles où la rupture a été préparée par le ramollissement et l'amincissement des parois de l'utérus. L'observation de M. Pusin nous montre seulement jusqu'où peuvent aller les ressources de la nature, lorsque l'art vient à diriger ses efforts. Si donc on ne découvre aucun fait qui nous démontre le passage de l'œuf dans le bas-ventre, et son séjour prolongé dans cette cavité au terme de trois mois, l'observation nous permet-elle d'admettre que l'œuf arrive à sept, huit, neuf mois, peut-être tout entier dans cette même cavité à travers la déchirure de la matrice, et s'y conserve en contractant des adhérences avec les parois abdominales? Cette question soulevée vers la fin du siècle dernier doit appeler les méditations des gens de l'art, car il s'agit ici de connaître jusqu'où peuvent s'étendre les droits de la médecine active et de fixer le sort de nos préceptes. Les auteurs des trois mémoires ont résolu la question d'une manière affirmative, et pour soutenir leurs sentimens, ils ont reproduit de nombreuses observations. Mais avant de discuter ce point de la science, il est nécessaire de rapporter ici la solution différente que nous a laissée sur ce sujet une commission com-

posée de Bodin aîné, Plessman et Beaudelocque. Voici en quels termes leur opinion est formulée :

« On ne connaît point un seul exemple de fœtus sorti de la matrice par sa crevasse et rejeté ensuite par l'anus, comme on l'a vu après les conceptions extra-utérines, et on serait aussi embarrassé pour en trouver un seul d'enfant desséché, raccorni, converti en momie, comme ceux de Sens, de Linzel, de Pont-à-Mousson, de Joigny, et plus récemment de Vitri-le-Français. Celui de Toulouse dont l'histoire a été publiée par le docteur Bayle, ne paraît pas plus appartenir aux ruptures de la matrice, que les premiers, quoiqu'on eût trouvé sur le fond de la matrice, après plus de vingt-cinq ans, un assez grand ulcère, recouvert d'une masse dure et squirrheuse, qu'on a prise pour le placenta. Si quelquefois le fœtus utérin abortif a été rejeté en détail par l'anus, comme on le remarque dans une observation de Smellie, ces mêmes débris passaient sans doute immédiatement de la matrice dans l'intestin, au moyen d'un ulcère fistuleux qui établissait une communication directe entre ces deux espèces de réceptacles, comme il s'est vu des fœtus plus avancés, même à terme, se frayer une route à travers les parois de la matrice et des enveloppes abdominales confondues et réunies à la suite des inflammations, par des adhérences qui ne permettaient pas à ces enfans de passer de la cavité où ils étaient dans celle du ventre, comme dans les cas rapportés par Nicaut, Métivier et un autre, dont M. Coste, chirurgien à Montauban, a donné connaissance à l'Académie de Chirurgie, en novembre 1779, et plusieurs même de ceux consignés dans le mémoire du citoyen Piet. »

Votre rapporteur a dû porter la même décision; car, à l'examen des faits relatés dans les mémoires, il n'a vu que des conceptions extra-utérines, là où les auteurs ont découvert des grossesses commencées dans la matrice, et accomplies dans la cavité abdominale. A l'autopsie cada-

vérique des femmes qui ont porté leur grossesse au-delà du terme de la gestation ordinaire, on a cru à la rupture de l'utérus, et par suite au passage de l'enfant dans l'abdomen, lorsqu'on a découvert à cet organe des altérations profondes et des perforations. Dans le siècle dernier, comme de nos jours, on ne reconnaissait de conception extra-utérine que dans les cas où la matrice ne présente aucune lésion. Cependant cet organe n'est pas plus que les autres à l'abri des désordres que le kyste produit en s'enflammant. Si les intestins, si les parois abdominales, si la vessie, etc., deviennent le siége de perforations, d'ulcérations, et livrent passage aux débris du fœtus extra-utérin, pourquoi la matrice ne serait-elle pas exposée aux mêmes accidens, et pourquoi le vagin aussi ne donnerait-il pas issue aux parties du fœtus à travers les perforations? Dans l'observation de Bouillon, il n'est point permis de contester la grossesse extra-utérine. La matrice était perforée, et cette destruction s'était faite de dehors en dedans. La présence de la membrane caduque dans la cavité utérine avait été un obstacle à l'écoulement des liquides putrides qui entouraient le fœtus. Dans l'exemple de la femme Ferry, l'ulcération avait été complète, et la matrice avait livré passage aux matières du kyste et aux liquides injectés par la plaie de la paroi antérieure de l'abdomen. Dans ce fait, la grossesse extra-utérine ne peut être révoquée en doute, car le placenta fut trouvé, à l'ouverture du cadavre, comme identifié avec la paroi antérieure abdominale. L'exemple de Rousset nous montre également la destruction presque complète de l'utérus à la suite d'une grossesse extra-utérine bien constatée. L'auteur du mémoire N.° 4 est le seul qui ait tenu compte de ces diverses conditions; mais il s'en est laissé imposer par d'autres circonstances. En général, toutes les observations ont été recueillies sur le rapport de témoins peu instruits. Ici c'est une sage-femme ignorante, là c'est un pauvre paysan, plus loin c'est la malade

elle-même qui rend compte de l'évènement principal.

Cependant il faut de la sagacité et de la science pour ne pas confondre quelquefois un accouchement ordinaire avec le travail qui se déclare à la suite de la gestation extra-utérine. Kelly ne reconnut qu'avec peine une grossesse abdominale, dans un cas où un médecin et une sage-femme croyaient depuis trois jours avoir affaire à un accouchement près de se terminer. La tête était si avancée, que deux ou trois douleurs semblaient devoir suffire pour la sortie du fœtus. Dans l'observation de la femme de Joinville, on rencontra les mêmes difficultés. Après l'écoulement des eaux, des douleurs d'accouchement s'annoncèrent, et si on eût alors touché la femme, on eût reconnu, comme le fit plus tard Baudelocque, que la tête était engagée dans le bassin, dans la situation la plus naturelle. Des erreurs paraissent avoir été commises, car Baudelocque s'attribue l'honneur du diagnostic de cette grossesse extra-utérine. En réfléchissant à l'analogie des phénomènes qui existent dans l'accouchement et dans le travail d'une gestation anormale, on ne doit pas être surpris des méprises qui ont été faites. Dans les cas où le kyste se prolonge dans l'excavation, la tête, mobile, s'avance dans le petit bassin, s'y engage, sous l'influence des contractions abdominales et du kyste, en conservant sa tendance à reprendre sa position première au-dessus du détroit, si le travail s'arrête. En se rappelant que des eaux peuvent s'écouler des parties naturelles, qu'il peut s'en échapper aussi une substance presque toujours méconnue par les médecins, et prise pour le délivre par des sages-femmes, on trouvera des motifs suffisans pour ne pas adopter l'opinion des trois auteurs. Une autre source d'erreur qui a existé pour eux, c'est que souvent ils ont été conduits à reconnaître la rupture de la matrice et le passage de l'enfant dans le bas-ventre par l'existence d'une cause violente qui est venue troubler le cours de la grossesse extra-

utérine. C'est sous de telles préventions que s'est formé le diagnostic dans les observations de Imbert (compression entre deux voitures), de Glodat (chute du haut d'un arbre), de John Lyns (longue course, etc.). Cependant si on n'avait pas été aussi préoccupé, on se serait demandé s'il était possible qu'après une rupture de la matrice avec passage de l'enfant et de ses annexes dans la cavité abdominale, la femme n'éprouvât que de la douleur et de l'inquiétude, qu'elle continuât de vaquer à ses affaires et de se transporter d'un lieu dans un autre, comme nous le voyons dans l'observation de Glodat, etc., ou bien qu'un calme parfait s'établit, et que la révolution laiteuse s'effectuât comme après l'accouchement le plus ordinaire.

Les différences que nous avons notées entre les trois mémoires relativement au siége, à l'étiologie et à l'exposition des suites de la rupture de la matrice, commencent à disparaître sous le rapport du diagnostic et du traitement de cet accident. Le mérite est égal entre les trois concurrens. L'auteur du mémoire N.° 1 nous a exposé fidèlement tous les phénomènes qui se présentent dans la rupture du vagin et de la matrice; et tout en les appréciant, il a constaté qu'il est des cas où la rupture est silencieuse, c'est-à-dire, où elle ne se trouve pas révélée par la plupart des phénomènes qu'elle développe. La difficulté du diagnostic existe encore lorsqu'il ne se rencontre que des symptômes généraux de la rupture de la matrice; car ces phénomènes peuvent être produits par des déchirures vasculaires, ainsi que l'ont signalé les auteurs des mémoires N.os 2 et 4. Seulement ils nous avertissent des dangers qui menacent la femme pendant le travail, sans nous en annoncer les causes. Les symptômes locaux peuvent encore donner lieu à des erreurs de diagnostic, comme étant le résultat d'un autre accident. L'auteur du mémoire N.° 4 nous a rapporté, comme un exemple de ces méprises, l'observation d'une rupture de l'épiploon. Nous pourrions encore citer le fait recueilli par

Jean-L. Petit, où la rupture de la ligne blanche a développé pendant le travail la plupart des symptômes de la déchirure de l'utérus. Les phénomènes considérés séparément peuvent nous faire soupçonner la vérité. Nous n'avons encore que des probabilités lorsque ces phénomènes sont réunis. Ce n'est que par le toucher que nous acquerrons la certitude de la rupture. Les auteurs des Mémoires n'ont pas assez tenu compte des causes qui peuvent encore rendre le diagnostic obscur lorsque le toucher n'est pas pratiqué avec soin.

Les auteurs des Mémoires, dans le traitement de la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement, nous ont présenté un inventaire fidèle de toutes nos ressources contre cet accident. Mais ils n'ont rien ajouté à nos connaissances ; il ne pouvait pas en être autrement ; car il s'agissait d'un accident qui survient rarement, et de préceptes auxquels on ne doit se confier que lorsqu'ils ont passé par l'épreuve des faits. Une autre cause qui doit de nos jours retarder tout perfectionnement, c'est que l'expérience n'a pas encore apprécié la valeur de nos moyens. Dans des circonstances aussi imprévues et aussi graves, l'art perd toute son indépendance, et les secours qu'il apporte ne sont acceptés que tardivement et au milieu des périls que les délais ont fait naître. Pour sortir de cet état, l'auteur du mémoire N.° 2 a émis le vœu de ne voir admis à la pratique des accouchemens que des hommes instruits et de bonne foi. Alors seulement il se rencontrera, contre les prévisions de Levret, des accoucheurs assez décidés pour se déterminer promptement à une opération, et des parens assez fermes pour permettre qu'on y procède sans délai. Mais jusques-là, l'exemple de Baudelocque doit nous faire sentir qu'il est de ces nécessités devant lesquelles l'art n'est pas maître de l'application de ses moyens.

Les rapprochemens que nous venons d'établir entre les trois Mémoires, sur toutes les parties du sujet, objet du

concours, ont pu vous faire entrevoir quel était l'auteur que nous avions jugé le plus digne de vos suffrages. Dans les examens successifs auxquels se sont livrés vos commissaires, le mémoire inscrit sous le N.° 4 a toujours été placé à la tête des deux autres. Cependant nous ne devons point vous dissimuler toutes les imperfections que l'auteur lui-même reconnaît à son ouvrage. Il a été composé avec précipitation et avec si peu de soin, qu'il nous a fallu du courage pour le lire tout entier. Il est d'ailleurs écrit avec une négligence qui ne lui permettrait pas de supporter la publicité. Ces défauts de forme, qui appartiennent aussi au mémoire N.° 2, sont ici rachetés par de nombreux mérites ; et il en est un surtout, c'est que le mémoire nous présente l'état complet de la science, non pas tel qu'il est dans nos ouvrages et les monographies publiées sur ce sujet, mais tel qu'il devait être suivant les documens fournis par les auteurs de tous les temps et de tous les pays, c'est qu'il offre un exposé de tout ce qu'ont fait et écrit les hommes de sens et de talent.

A côté du mémoire N.° 4, la commission n'a pas dû oublier qu'il s'en trouvait deux autres qui avaient aussi des droits aux récompenses de la Société. Ces deux mémoires peuvent se placer au rang des meilleures productions que nous avons sur cette matière. L'un est l'ouvrage d'un homme profondément versé dans la littérature médicale française, et contient tous les résultats de l'observation, publiés dans notre pays ; l'autre est l'œuvre d'un médecin chez qui l'expérience a ajouté au savoir. Dans cette occurrence, la commission a pensé que le prix de cinq cents francs que vous aviez proposé devait être ainsi divisé. Trois cents francs seraient destinés à l'auteur du mémoire N.° 4, et les deux autres cents francs seraient partagés entre les auteurs des mémoires N.° 1 et N.° 2. Ces récompenses ne répondent pas aux sacrifices de toute espèce que les concurrens se sont imposés pour mériter vos suffrages. Mais

dans les luttes scientifiques, on n'ambitionne que les honneurs d'une couronne, et non les bénéfices d'un prix. En adoptant la proposition formelle que la commission fait, la Société ne sera que juste envers des travaux qui ne seront pas sans utilité pour l'art (1).

Corps étrangers dans l'estomac, le vagin et l'urètre, qui ont causé la mort après deux mois de séjour. Observation suivie de réflexions sur ce genre d'accidens; par M. SONNIÉ MORET, *interne à la Pitié.*

Adélaïde Louvet, âgée de 39 ans, fut apportée à la Pitié, dans le service de M. le docteur Clément, le 2 mai 1835.

Le lendemain à la visite, nous trouvâmes cette malade ayant la face jaunâtre, terreuse, abattue, la langue sèche, l'abdomen très-douloureux à la pression. La respiration était gênée, fréquente, mais sans toux; les réponses lentes. On pouvait croire à l'existence d'une fièvre typhoïde déjà avancée : cependant comme la malade nous avait appris qu'elle avait perdu beaucoup de sang par le vagin, nous jugeâmes nécessaire de la toucher.

Après avoir opposé quelque résistance elle y consentit, et je fus fort étonné de rencontrer, dès l'entrée du vagin, un obstacle qui me parut causé par une longue aiguille sortant de l'urètre. Sans examiner davantage, j'avertis aussitôt M. Clément de cette particularité; il exerça quel-

(1) La Société a adopté cette proposition. Les deux auteurs du mémoire N.° 4 (*Ars medica tota in observationibus*), désirent ne se faire connaître que lorsqu'ils auront rendu leur travail digne d'être publié. L'auteur du mémoire N.° 1 (*Scribo nec picta nec ficta, sed quæ ratio, sensus et experientia docent*), est M. Mondière, médecin à Londun. L'auteur du mémoire N.° 2 (*Rem à me sæpe deliberatam et multum agitatam requiris*), est M. Duparcque, médecin à Paris.

ques tractions, et amena un corps étranger composé de fils de fer rapprochés de manière à présenter une extrémité mousse et arrondie, laquelle était la plus profonde et se trouvait encroûtée de sels calcaires, et une autre extrémité offrant deux fils divergeant d'avec les autres. Le nombre des fils qui forment cette espèce de bouchon est de huit; quelques-uns sont recourbés en anneau à leur extrémité antérieure, et cette disposition, ainsi que la divergence de deux des fils, paraît avoir eu pour but d'empêcher le corps étranger de glisser dans la vessie.

Un léger écoulement de sang suivit cette extraction. Le doigt, reporté dans le vagin, rencontrait un autre corps étranger qu'il me fut facile de reconnaître pour un compas dont l'une des branches présentait son extrémité rompue libre au milieu du vagin, à deux pouces de la vulve, tandis que l'autre branche, appuyée contre la paroi gauche du vagin, s'y était enfoncée à une certaine profondeur. L'extraction de ce nouveau corps étranger fut remise au lendemain, et un bain prescrit pour la journée.

Le 4, la malade est placée sur le bord de son lit, comme pour l'introduction du spéculum. Après avoir dégagé le compas, je parvins à l'extraire en refoulant avec l'indicateur de la main droite la paroi gauche du vagin, tandis que de l'autre main j'exerçais des tractions sur la branche libre de l'instrument.

Ce compas était en cuivre jaune, noirci par le séjour qu'il avait fait dans le vagin. Les branches en avaient été cassées après avoir été tordues en dehors, de manière que la petite surface très-inégale résultant de la cassure correspondait aux parois du vagin. La tête de l'instrument appuyait sur le col de l'utérus. Sa longueur était de deux pouces huit lignes pour l'une des branches, et de deux pouces cinq lignes pour l'autre, celle du côté gauche. Un pouce deux lignes mesuraient l'écartement des deux branches. Il ne s'écoula point de sang à la suite de cette

extraction, pendant laquelle la malade ne témoigna pas de douleur. Un nouveau bain fut prescrit pour la journée.

Depuis qu'elle est entrée, la malade n'a eu ni selles, ni vomissemens; elle boit de temps en temps, et en petite quantité chaque fois, mais il n'en passe qu'une partie; le reste est rejeté par la bouche. Elle reste fort tranquille et ne se plaint pas à moins qu'on ne lui adresse la parole.

A cinq heures on la porte au bain; à peine y est-elle depuis quelques minutes qu'elle expire.

Des questions adressées à la malade pendant son court séjour à l'hôpital, et des informations prises auprès de ses parens, m'ont servi à compléter l'histoire de ce fait intéressant. Voici ce que j'ai appris :

Adélaïde Louvet avait épousé à 33 ans, un homme âgé avec lequel elle a toujours fait bon ménage. Peu après son mariage elle eut la tête dérangée, mais on ne l'entendit jamais, ni alors, ni depuis, parler de se détruire. Son caractère était mélancolique; elle recherchait la solitude, et évitait même la société de ses parens. Il y a dix mois qu'elle perdit son mari sans avoir eu d'enfans; depuis cette époque on la vit vendre successivement tous ses meubles, et employer l'argent qu'elle en retirait à se procurer des liqueurs énivrantes. Au premier de l'an elle avait presque complètement épuisé toutes ses ressources : sa maladie commença quelques jours après. C'est alors qu'elle s'est introduit le corps étranger dont j'ai donné la description; elle avait pour but, m'a-t-elle dit, *de boucher le conduit des urines et de déterminer la mort par le gonflement du ventre.* Une assez grande quantité de sang s'écoula du vagin pendant une quinzaine de jours, et en même temps il en sortait par les urines.

La malade ne prenait plus d'alimens; elle avait quelques vomissemens de matières noirâtres et sanguinolentes. Vers le milieu de février elle voulut faire un petit repas, ce qui détermina le vomissement d'un gros caillot de sang. Dès-

lors elle ne quitta plus la chambre : on lui amena un médecin qui prescrivit des sangsues à l'épigastre, mais on ne put la résoudre à laisser exécuter cette prescription. Elle dormait peu, et n'allait que fort rarement à la selle et en dévoiement. Le mal s'aggrava de plus en plus jusqu'à son entrée à la Pitié.

Durant tout ce laps de temps elle ne fit confidence à qui que ce soit de ce qu'elle avait fait pour se détruire; elle m'avoua même qu'elle ne nous en aurait rien dit si nous n'eussions rien découvert. On verra, par l'autopsie, que ses aveux ne portaient effectivement que sur ce que nous avions vu, et qu'elle nous tenait cachée la cause la plus importante de son mal.

Examen du cadavre. — Amaigrissement peu considérable. Rien de remarquable dans le crâne et la poitrine; les poumons seulement sont le siége d'un engouement hypostatique.

La cavité abdominale contient quelques cuillerées de sérosité rougeâtre, mais les organes qu'elle renferme ne présentent ni fausses membranes ni adhérences. Les intestins, surtout les gros, sont généralement rétrécis et contractés. L'estomac occupe sa position naturelle; on y sent à travers les parois une assez grande quantité de corps durs, mobiles les uns sur les autres. Il est détaché avec précaution, de même que tout le canal intestinal.

La surface interne de l'œsophage est d'une teinte rosée assez intense; la membrane muqueuse y est consistante et sans ulcérations.

L'estomac contient onze petits cylindres longs de deux pouces et demi sur cinq lignes de diamètre. Ils sont formés par trois forts clous d'épingle (pointes de Paris), enveloppés d'un chiffon de toile maintenu par des circulaires de fil. Il y a en outre vingt-cinq fragmens de laiton élastique de bretelles, dont le plus long a un pied trois lignes, et qui forment ensemble une longueur de dix pieds cinq pouces.

Tous ces corps étrangers ont une couleur noire qui, au premier aspect, faisait prendre les morceaux cylindriques pour autant de fragmens de charbon. Ils exhalent, malgré plusieurs lavages, une odeur nauséense et pénétrante. Le laiton a été en partie dissous, et toutes les extrémités des fils de ce métal sont amincies et fort aiguës. Les pointes de fer sont plus profondément attaquées; leur surface présente des stries, des cannelures, et quelques-unes se délitent, pour ainsi dire, en filamens. Le poids total de ces matières, bien desséchées, est de 160 grammes (un peu plus de cinq onces).

La surface interne de l'estomac est d'un rouge pâle, avec quelques plaques disséminées d'un rouge plus foncé; elle a une teinte brune au niveau du grand cul-de-sac, et quelques taches de même couleur près du pylore sur la fin de la grande courbure. Par tout la membrane muqueuse est bien consistante; elle est mince au niveau du grand cul-de-sac, épaissie et comme boursoufflée dans la portion pylorique. Dans cette même partie la musculeuse est aussi hypertrophiée, ce qui donne là une épaisseur d'environ trois lignes aux parois de l'estomac. Toute la surface interne du viscère est tapissée par un mucus visqueux et très-tenace. Sa surface extérieure présente sur la portion pylorique hypertrophiée, quelques taches de couleur de rouille, dont la plus grande, qui se trouve à deux pouces du pylore, le long de la petite courbure, a un demi-pouce de long sur trois de large. Là, la tunique musculeuse est ramollie jusqu'à la muqueuse qui ne présente elle-même aucune altération. Les autres taches, beaucoup plus petites, correspondent à des ramollissemens plus superficiels.

La muqueuse du duodénum tranche sur celle du pylore par une forte injection pointillée d'un jaune de rouille foncé, injection qui se continue sans interruption dans une grande partie du jéjunum. La cavité de l'intestin grêle ne contient qu'un mucus abondant et tenace, jaunâtre

dans le duodénum, perdant peu-à-peu cette couleur et devenant blanchâtre dans l'iléon. La fin du colon contient de petits pelotons de matières noires semblables au méconium. Dans le rectum, il y en a une quantité plus considérable, et elles y sont plus liées, mais tout-à-fait de la même couleur. Ces matières tachent le papier comme ferait une dissolution peu concentrée d'encre de Chine.

Le foie est brun, la bile noire, fort épaisse, est en petite quantité; la rate est bien consistante; le pancréas n'a rien de particulier; les reins sont petits et durs.

Organes génitaux. — L'urètre présente sur ses deux tiers antérieurs une déchirure d'une à deux lignes de profondeur, à fond noirâtre en arrière, et rouge foncé en avant; elle règne le long de la paroi inférieure du canal, vient se terminer au méat urinaire où elle a deux lignes de profondeur. Une pareille déchirure se remarque à la partie diamétralement opposée du méat urinaire. De chaque côté de la déchirure la membrane muqueuse urétrale est rouge et comme boursoufflée en plusieurs points; elle est tout-à-fait saine dans le tiers postérieur du canal. La vessie est contractée sur elle-même, et sa membrane muqueuse est saine, si ce n'est au bas-fond où elle est rouge, molle et fongueuse.

La surface interne du vagin est ridée; à sa partie moyenne elle présente des taches noirâtres et érodées, surtout sur la paroi inférieure. On remarque sur la paroi latérale gauche, à environ deux pouces du col utérin, une perforation de trois à quatre lignes de diamètre qui recevait la branche gauche du compas. Cette perforation s'étend à un demi-pouce de profondeur dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin jusqu'au releveur de l'anus, et elle présente partout une teinte noirâtre qui pénètre d'une ligne ou deux dans les tissus.

Le museau de tanche, sur lequel appuyait la tête du compas, est peu saillant, sans hypertrophie, d'une coloration brune, surtout au pourtour de l'orifice où se trouvent

des érosions noirâtres. L'utérus est fort petit; le col est séparé du corps par un étranglement bien marqué. Les ovaires sont assez volumineux, à surface inégale, contenant quelques kystes.

Une portion de la matière non contenue dans le gros intestin a été analysée par M. Guyard, pharmacien en chef de l'hôpital de la Pitié; il y a trouvé une assez forte proportion d'oxyde de fer, mais point de cuivre.

Le cas que je viens de rapporter rentre, sans aucun doute, dans la classe des suicides occasionnés par une altération des facultés intellectuelles: les habitudes de la malade, et la manière dont elle s'y est prise pour se donner la mort, en fournissent une preuve suffisante. D'un autre côté, et sous le point de vue pathologique, cette observation fournit quelques considérations intéressantes que je vais exposer.

Il y avait deux mois que la maladie s'était déclarée, c'est-à-dire, depuis que des corps étrangers avaient été introduits dans le vagin et dans l'urètre, ainsi que nous l'a avoué la malade; et, quoiqu'elle ne nous ait rien dit de ceux que contenait l'estomac, il me paraît indubitable qu'ils auront été introduits, sinon à la même époque, du moins à une époque fort rapprochée; l'état des organes abdominaux et l'altération avancée des matières métalliques, ne permet pas de penser autrement.

Bien que parfaitement convaincu que plusieurs auteurs ont singulièrement exagéré la sensibilité de l'estomac, j'avoue que j'ai été surpris de trouver cet organe aussi peu altéré. La membrane muqueuse présentait une couleur rouge-pâle, plus pâle encore vers le pylore, où elle était cependant hypertrophiée; nulle part elle n'était ni ramollie ni ulcérée; et, chose remarquable, les légers ramollissemens qu'on apercevait dans ce viscère se trouvaient à la surface extérieure.

L'examen du commencement de l'intestin grêle aurait sans doute satisfait davantage les partisans de l'exquise sensibilité des organes digestifs, et là cependant n'avait pénétré aucun corps étranger; un mucus fort épais et tenace, coloré par un peu de bile, était tout ce qui s'y trouvait en contact avec les parois intestinales.

Les matières noires contenues dans le gros intestin ne seraient-elles que du sang venu de l'estomac, plus ou moins mélangé et altéré par l'action digestive? Les vomissemens de sang qu'a éprouvés la malade autorisent à le penser.

La vésicule cystique renfermait une bile noire et très-visqueuse; c'est ce qu'on a trouvé également chez le prisonnier Granier, mort de faim après soixante-trois jours d'abstinence d'alimens solides (1).

Ce n'est qu'après deux mois que la maladie, abandonnée à elle-même, s'est terminée par la mort. L'inflammation des voies digestives et de la vessie, et l'affaiblissement graduel causé par les hémorrhagies et l'abstinence, nous expliquent suffisamment cette terminaison.

Devons-nous joindre à ces causes un effet toxique du cuivre contenu dans l'estomac? Si, d'une part, on réfléchit à la faible quantité qu'il faut d'oxyde de ce métal pour causer la mort avec érosions et meme perforations du tube digestif; si, d'une autre part, on examine les faits nombreux rapportés par les auteurs, de pièces de cuivre séjournant très-longtemps dans l'estomac sans causer d'accidens bien fâcheux, on sera ici fondé à penser que la proportion du laiton dissoute par les sucs gastriques, assez petite pour n'avoir pas été sensible par l'analyse chimique dans les matières du gros intestin, n'aurait pu seule causer des accidens bien redoutables, et qu'elle ne doit être regardée que comme une cause tout-à-fait secondaire de la mort.

Mais bien qu'on n'aurait pas eu, de la part de ces corps

(1) *Lanc. franç.*, tome V, p. 52.

étrangers à redouter une influence vénéneuse fort active, il n'en eut pas moins été de la plus haute importance d'en débarrasser primitivement l'économie, si la malade eût réclamé de bonne heure les secours de l'art, en donnant sur son état les renseignemens nécessaires. Ce n'était ni par un volume trop considérable, ni par une surface garnie d'aspérités, qu'ils se trouvaient retenus dans l'estomac, sans pouvoir franchir le pylore. Il eût donc été indiqué de provoquer leur expulsion par les voies naturelles : delà l'usage des huileux, de quelques alimens gras et lubrifians, et ensuite de quelques purgatifs légers qui eussent peut-être atteint peu-à-peu le but proposé. Plus tard, continuellement irrité par un contact prolongé, le pylore leur eût plus difficilement livré passage. Aurait-il alors été utile de chercher à les dissoudre, comme fit Wedelius, chez une femme qui avait avalé une assez grande pièce de monnaie en cuivre, et qu'il guérit en lui administrant deux fois par jour dans une potion quelques gouttes d'esprit de sel rectifié (1) ? Appliqué aux morceaux de fer ce moyen n'aurait eu aucun inconvénient, mais la grande quantité de fragmens de laiton le rendait fort dangereux, et je doute qu'il eût été prudent de l'employer. L'eût-il été davantage de pratiquer la gastrotomie ? Tout le monde connaît les faits curieux rapportés par Hévin à l'appui de cette opération ; je me contenterai de faire remarquer que dans le cas qui nous occupe il n'y avait aucun travail d'adhésion entre quelques points de l'estomac et les parois abdominales, et que ce défaut d'adhérences aurait augmenté nécessairement la gravité de l'opération.

Sans doute il eût été plus convenable de s'en tenir aux moyens que fournit la médecine et de combattre les accidens. L'existence de la malade se serait prolongée, et la nature, à laquelle on aurait ainsi permis de développer ses

(1) *Boneti*, *Med. septentr.*, lib. III, sect. I, cap. IX.

ressources, aurait amené quelque crise favorable, comme il y en a tant d'exemples dans les auteurs. Rappelerai-je à cette occasion l'histoire si curieuse de ce vigneron maniaque de Montmorency, lequel avala une première fois un affiloir de boucher qui sortit par un abcès à l'hypochondre droit, puis un pied de marmite de fer qui sortit par un abcès à l'hypochondre gauche, et enfin un couteau avec sa gaîne qui se fraya une issue par un abcès aux lombes pendant que cet homme étant courbé labourait la terre (1).

La science possède un grand nombre d'observations de corps étrangers introduits dans les voies digestives; mais rarement on les trouve réunis plusieurs à-la-fois, et je n'ai point vu de cas comme celui que je rapporte, où, à cette deuxième circonstance, se joigne celle de leur présence dans d'autres cavités naturelles. Parmi ces observations je mentionnerai les suivantes, qui ont quelques rapports avec les miennes.

On trouve dans les *Actes des médecins de Berlin* (2), l'histoire d'un criminel qui fut pendu, et dans l'estomac duquel on trouva sept morceaux de bois avalés depuis deux mois, rompus irrégulièrement, et avec des pointes capables de déchirer les parties. L'estomac était sain, et la santé de cet homme était bonne avant le supplice.

Un Anglais avait avalé à différentes époques, étant ivre, une grande quantité de couteaux de poche; il en rendit plusieurs par l'anus, et mourut après avoir éprouvé des douleurs très-vives à l'estomac. Le fer des couteaux était très-altéré; une lame avait traversé le colon et fesait saillie dans le péritoine; d'autres avaient traversé le rectum et pénétré dans les muscles du bassin (3).

---

(1) *Mém. Ac. de chirurgie*, in-8.°, T. I.er, p. 416.
(2) Décad. II, vol. IV, obs. XI.
(3) *Journal de Boyer, Leroux et Corvisart*, T. XXI, p. 404.

Une troisième observation, et la plus curieuse de toutes, est la suivante :

Un forçat nommé Basile, homme hypochondriaque et très-vorace, avalait fréquemment pour se soulager l'estomac, disait-il, une assez grande quantité de graviers, des boutons, etc. Il fut amené à l'hôpital se plaignant de coliques et maux d'estomac, et mourut cinq semaines après sans qu'on eût soupçonné la cause de ses douleurs. A l'autopsie, on lui trouva les intestins un peu rétrécis, et l'estomac dirigé verticalement et se prolongeant jusqu'au trou ovalaire où il avait contracté une très-forte adhérence. Il contenait vingt sept morceaux de bois, dont l'un avait dix-neuf pouces de long sur un pouce de large ; deux cuillères d'étain, une entière, l'autre rompue ; deux fragmens de verre blanc ; des portions d'entonnoir de fer-blanc, de pipe, de l'étain, des clous, des noyaux, du cuir ; le tout pesant une livre dix onces et demie. Ces matières avaient une couleur noirâtre et une odeur très-fétide. On ne mentionne aucune ulcération dans les voies digestives (1).

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

De la congestion atonique du cerveau et de son traitement par les moxas. — Mémoire lu à la Société de Médecine de Westminster, dans sa séance du 31 janvier 1835; par R. WADE, *chirurgien du Dispensaire général de Westminster, professeur d'anatomie pathologique, etc., etc.* (2)

Les troubles fonctionnels du cerveau présentent les plus grandes difficultés sous le rapport de leur étiologie. La

(1) *Journal de Vandermonde*, T. XLII, page 504.

(2) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, avril 1835.

cérébrale qui paraît être sous la dépendance d'une atonie locale, vasculaire et nerveuse, tantôt partielle, tantôt s'étendant à tout l'organe. Pour la distinguer des autres, je la désigne sous le nom de *congestion atonique du cerveau*.

OBS. I.re — Le sujet de cette observation est une jeune fille de dix-sept ans. Elle était atteinte d'épilepsie depuis quatre ans. Quand je la vis pour la première fois, les accès épileptiques se reproduisaient une ou deux fois toutes les vingt-quatre heures. Il y avait hémiplégie à gauche depuis un an et demi; ce côté était devenu progressivement plus faible, et enfin complètement paralysé. Le moxa (1) fut appliqué d'abord sur les côtés du cou et à la nuque, dans le but de stimuler les artères carotides et vertébrales. Ce traitement produisit une grande amélioration. Mais les bons effets obtenus furent plus durables quand le même moyen eut été appliqué à la région pariétale. Cette observation a été publiée avec tous ses détails dans le *London medical and physical Journal*, juin 1828; il suffit d'ajouter ici que la guérison fut complète.

OBS. II.e — M. Martin, âgé de 18 ans, me consulta pour la première fois le 8 janvier 1831. Il accusait principalement une douleur sourde, accompagnée d'un sentiment de pesanteur dans la tête, comme si quelque chose la comprimait. En outre, vertiges, obscurité de la vue, tintemens d'oreilles. Le visage était pâle, inanimé, annonçait le défaut de l'intelligence; pouls 88, petit et faible; langue nette; évacuations assez naturelles. Le malade éprouvait souvent de la dyspnée et des palpitations. Les pupilles étaient dilatées et immobiles sous l'influence d'une forte lumière. La douleur de tête et les vertiges étaient augmentés par l'action de se baisser, et ces derniers se reproduisaient particulièrement quand le malade regardait en haut

(1) *Voyez* ci-après ce que l'auteur entend par *moxa*, et comment il en fait l'application.

ou en bas. Une sensation de froid était souvent ressentie à la région pariétale gauche. La prostration des forces était considérable. Le malade marchait lentement en s'appuyant sur un bâton et en traînant ses pieds sur le sol. La mère de ce jeune homme m'apprit qu'il avait toujours bégayé plus ou moins ; que depuis quelque temps il dormait les yeux à demi-ouverts, la salive s'écoulant hors de sa bouche, et la respiration s'accompagnant d'un ronflement très-fort.

On avait employé comme principaux moyens les saignées générales et locales, les purgatifs énergiques et les vésicatoires à la nuque. La tête était ordinairement soulagée pendant quelques jours après chaque saignée ; mais aucun moyen n'était suivi d'une amélioration durable. Je diagnostiquai une *congestion atonique du cerveau ;* en conséquence je prescrivis le traitement suivant :

Deux moxas furent brûlés lentement à la distance d'un pouce et demi des tégumens de la tête, dont la sensibilité était fort obtuse. Le lendemain, pouls comme la veille ; sensibilité de la peau plus prononcée. Moxa à la tête et au cou. Le 10, la sensation de pesanteur de la tête est un peu diminuée. Deux moxas à la tête et à la nuque. Sensibilité des tégumens plus vive. Lorsque le moxa fut en rapport avec la région de l'hémisphère cérébral gauche, le malade éprouva des nausées, et il lui sembla que de l'eau coulait dans cet hémisphère. Le moxa de la nuque ne fit ressentir que peu de chaleur dans cette partie ; la chaleur fut perçue principalement au front, ce que j'avais déjà observé chez un autre sujet. Le 11, amélioration notable depuis la veille. Le malade est plus animé. Après le dernier moxa, il lui sembla qu'un poids avait été enlevé de dessus son cerveau. Pouls 84, plus fort. Il a dormi la nuit passée avec les yeux presque entièrement fermés, et sans ronflement.

Le 12, le malade est moins bien ce matin. Pesanteur et douleur de tête ; légère obscurité de la vue ; pouls 80, petit et faible. Comme le malade était presque aussi

bien que la veille lorsqu'il sortit pour venir à la consultation, son état peu favorable était dû probablement à un brouillard épais, circonstance qui a toujours eu sur lui une influence fâcheuse. Toutefois, il prononce ses paroles sans la moindre hésitation. Deux moxas produisirent un effet plus remarquable qu'à l'ordinaire ; la douleur et la pesanteur de tête, ainsi que l'obscurcissement de la vue, furent dissipés complètement par le premier ; la sensation de chaleur fut perçue dans une plus grande étendue. Le pouls descendit à 72, et prit de la force.

Le 13, absence de céphalalgie ; pouls plus fort ; sensation de froid perçue dans l'hémisphère cérébral gauche. Soulagement produit par le moxa. Le 14 et le 15, le même moyen fut suivi d'une amélioration semblable.

Le 17, le moxa n'avait point été appliqué la veille, et le malade se trouvait moins bien ; une amélioration immédiate fut le résultat de son emploi. Le 18 et le 19, emploi du moxa ; même état.

Le 21, le temps était brumeux ; la tête était un peu lourde et douloureuse. (Deux moxas).

Le 26, l'application du moxa s'est faite régulièrement tous les jours. Le malade se trouve mieux qu'il n'a fait depuis plusieurs années. (Deux moxas le 28, le 29 et le 31). Suspension le 1.er et le 2 février.

Le 3 février, absence de toute sensation désagréable dans la tête. (Trois moxas). La chaleur de ces moxas est perçue dans toute l'étendue de la tête ; pouls 80, plein et mou.

On continua l'emploi du moxa tous les deux jours jusqu'au 14, où il fut discontinué d'après les désirs du malade qui ne ressentait aucune douleur de tête.

Le 3 mars, le malade est venu réclamer l'application du moxa. A l'exception d'un peu d'obscurité de la vue de temps en temps, il s'est trouvé très-bien depuis sa dernière visite. Les douleurs vives qu'il ressentait dans le côté gauche

du cou et de la face, et dans les dents, ont entièrement disparu. Il marche sans bâton et sans traîner ses pieds; il parle sans hésitation; pouls 80, plein et mou. Le moxa fut employé jusqu'au 18 juillet, une fois dans l'espace de quinze jours ou trois semaines, et enfin discontinué entièrement. J'ai vu le malade quelques mois plus tard; il se portait très-bien. Les moyens qui furent associés au moxa, sont : un purgatif de temps en temps, et, sur la fin du traitement, une drachme de carbonate de fer, trois fois par jour.

Obs. III.• — Ellen Sullivan, âgée de 20 ans, me consulta pour la première fois le 17 mars 1831. Deux ans auparavant elle avait eu, disait-elle, une fièvre cérébrale intense accompagnée de délire et de céphalalgie aiguë, promptement suivie d'une insensibilité presque constante qui dura pendant trois semaines. Pendant ce temps, elle fut saignée sept fois, et on lui appliqua deux fois des ventouses scarifiées à la nuque. Depuis cette maladie, sa santé resta toujours mauvaise; elle fut sujette à des vertiges, surtout quand elle se baissait, à un obscurcissement de la vue, et à une pesanteur de tête qui allait parfois jusqu'à la douleur, et était exaspérée par le décubitus horizontal. Ses règles devinrent peu abondantes et irrégulières. Son sommeil est très-profond, et au moment de son réveil ses idées sont complètement confuses pendant quelques minutes. Un premier accès épileptique eut lieu il y a dix mois. Les accès se reproduisirent ensuite tous les cinq ou six jours; mais pendant les deux derniers mois ils augmentèrent beaucoup de fréquence. Maintenant il se passe à peine un jour sans un, et quelquefois trois accès épileptiques.

Les moyens qui ont été employés contre cette épilepsie sont : la saignée, les purgatifs, les toniques, le nitrate d'argent. La malade était toujours soulagée pour un court espace de temps par les émissions sanguines. Les applications froides sur le front augmentaient ordinairement la

pesanteur et le malaise de la tête. Maintenant la jeune fille éprouve des palpitations fréquentes, une sensation de froid dans la région pariétale droite, de la faiblesse, et un sentiment de tiraillement dans le membre pelvien gauche, avec contractions spasmodiques de ses muscles, de temps en temps. Ce membre paraît à la malade moins chaud que l'autre. Pouls 106, très-petit et faible; langue nette; selles naturelles.

Deux moxas furent brûlés sur la région pariétale droite. Après cette opération, la malade trouva sa tête plus légère et sa vue plus nette.

Le 19 mars, pouls 90. Il n'y a point eu d'accès épileptique depuis l'emploi des moxas, bien que les prodrômes de ces accès se fussent manifestés le 18 au matin. (Deux moxas). Ils déterminèrent une sorte de battement dans la tête, et il sembla à la malade que quelque chose de bleu passait devant ses yeux. La tête devint moins lourde; le pouls tomba à 72. Le moxa fut employé le 20 et suspendu le 21. Un accès eut lieu le 22 au matin. (Deux moxas, suivis d'amélioration).

Le 23, peu de vertige; diminution de la pesanteur de tête; la douleur ne s'est pas fait sentir depuis la première application du moxa; le côté affaibli reprend de la force; la malade n'a plus la même confusion d'idées à son reveil. — Deux moxas, l'un sur la région pariétale, l'autre à la nuque. Le premier produisit un amendement très-marqué. Les 24, 26, 27 et 28, deux moxas furent employés. Aucun accès d'épilepsie ne s'était produit depuis le 22; la tête était libre de toute sensation désagréable.

Le moxa fut continué tous les deux jours jusqu'au 2 avril. Pendant tout ce temps la tête resta complètement libre. Cependant la malade éprouva une fois ou deux, une sensation de tintement dans le côté faible. Le 3 avril, il y eut deux légers accès épileptiques sans prodrômes. Le 4, le moxa fut appliqué et continué jusqu'au 8 inclusi-

vement, puis repris le 12 pour être employé de temps en temps. Le 20, la malade affirma qu'elle s'était trouvée parfaitement bien depuis son dernier accès. Le pouls était à 64, mou et plein. Elle promit de revenir pour se faire appliquer le moxa s'il survenait quelques symptômes fâcheux. J'ai donc tout lieu de croire que la guérison a été solide.

Obs IV.ᵉ — M. Onwhyn, âgé de 20 ans, me consulta le 12 décembre 1831. Il accusait principalement une pesanteur de tête ; parfois de la stupeur et des vertiges, augmentés par l'action de regarder en haut ou de se baisser. Son attention se fixait avec peine plusieurs minutes sur un sujet quelconque, ses idées devenaient confuses. Ses pieds étaient toujours froids, et il éprouvait souvent des palpitations. Pouls 76, petit et faible ; pupilles dilatées, immobiles sous l'influence d'une vive lumière ; langue nette ; un peu de constipation. Deux moxas furent appliqués à la tête ; mais la chaleur ne se fit pas sentir au-delà de la peau.

Le 14 décembre, deux moxas ; sensation plus vive des tégumens ; la tête fut considérablement soulagée et les pupilles devinrent plus mobiles.

Le 15, le malade se plaint surtout des vertiges. La chaleur du moxa se fait sentir plus profondément que les jours précédens, et la tête est complètement dégagée.

Le 16, le malade peut regarder en haut et en bas sans vertiges. — Moxa.

Ce traitement fut continué jusqu'à la cessation complète de tous les symptômes, à l'exception de quelques vertiges après un exercice plus actif qu'à l'ordinaire, ou quand les pieds avaient été humides. Le jeune malade partit alors pour la campagne. J'ai appris qu'il avait éprouvé de loin en loin quelques uns des symptômes notés ; mais actuellement, il jouit d'une très-bonne santé.

Obs. Vᵉ. — Le 26 mars 1831, je fus appelé auprès de Benjamin Long, âgé de 26 ans. Ce jeune homme avait

l'expression de figure d'un idiot ; sa tête est très-petite ; il répond aux questions qu'on lui adresse avec un sourire niais. Depuis l'âge le plus tendre, il est sujet à des douleurs de tête. Souvent il a eu des convulsions, soit pendant qu'il avait la coqueluche, soit pendant qu'il faisait ses dents. Il y a 7 ans, après avoir rudement travaillé sous l'influence d'un soleil très-chaud, il sentit avec plus d'intensité sa céphalalgie habituelle, et deux mois après, il eut un accès d'épilepsie. Au bout de trois mois, seconde attaque de convulsions. Depuis ce moment, ces attaques ont augmenté graduellement de fréquence. Maintenant, il en a une au moins chaque semaine ; chaque attaque se compose de deux ou trois accès dans l'espace de 24 heures, durant chacun de 10 à 15 minutes. Il accuse une douleur sourde et une pesanteur incommode de la tête ; les nuits sont sans repos ; il a parfois des vertiges, surtout lorsqu'il regarde en haut ou en bas ; sa vue est obscurcie, il a des bourdonnemens dans les oreilles. Ses yeux sont rouges, ses conjonctives injectées ; sa mémoire a baissé beaucoup depuis quelque temps ; dyspnée et palpitations ; pouls 92, mou et petit ; pupilles dilatées et immobiles ; prostration des forces.

On a combattu ces accidens par les saignées générales et locales, les vésicatoires, les sétons et les purgatifs ; on lui a fait prendre aussi divers médicamens toniques ; mais rien n'a pu lui procurer un amendement durable.

Deux moxas furent brûlés sur chaque pariétal. Le lendemain 27, la même opération fut renouvelée. La sensibilité devint plus vive ; l'amélioration produite par les moxas était, suivant le malade, plus marquée que par tout autre remède. La pesanteur de tête, les vertiges et l'obscurcissement de la vue perdirent beaucoup de leur intensité. Une heure ou deux après la première application des moxas, la rougeur de la conjonctive avait entièrement disparu, pour ne plus revenir tant que je donnai des soins au malade.

Le 29, quatre moxas. Absence de toute douleur dans la tête.

Le 30, accès épileptique très-court à neuf heures du matin. — Trois moxas furent appliqués avec un grand soulagement.

Le 1.er et le 2 avril, deux moxas. Le malade peut regarder en haut et en bas sans éprouver des vertiges. Le sommeil est bon; les forces augmentent. Pouls 84, mou et plein.

Le 5, un accès eut lieu à huit heures du matin. Quand je vis le malade à dix heures, il était assis sur son lit, selon toute apparence sans avoir l'usage de son intelligence. (Deux moxas). Après cette application il parla et dit qu'il se trouvait soulagé.

Le 15 avril, le moxa a été appliqué tous les jours. Ce matin un peu de stupeur, prodrôme habituel de l'attaque d'épilepsie; cependant l'attaque n'eut point lieu.

Il suffit de dire que le moxa fut employé tous les deux jours jusqu'au 30 avril. Depuis ce moment je n'ai plus vu le malade, et il est probable qu'il est allé demeurer à la campagne. La dernière fois qu'on appliqua le moxa, le malade se trouvait mieux qu'il n'avait fait depuis plusieurs années.

Obs. VI.e — Thomas Davenisch, âgé de 28 ans, me consulta le 4 juillet 1832. Depuis son enfance, il était sujet à des maux de tête. Il y a dix ans, il a eu une fièvre qui a laissé à sa suite une paralysie incomplète. Il marche avec des béquilles, et traîne le membre gauche plus que le droit. Lorsqu'il s'efforce de mouvoir ses bras ou ses mains, qu'il ne peut élever jusqu'à sa bouche, ils sont pris de tremblement. Il éprouve dans la tête une pesanteur douloureuse qui prend parfois le caractère d'élancemens aigus. Sa vue s'obscurcit et il a des vertiges, principalement quand il regarde en haut. Pouls 120, petit et faible; assoupissement fréquent. — Des ventouses, des sangsues et des vésicatoires

ont été employés souvent sans soulagement marqué pour la tête.

Après l'application de deux moxas sur la tête, le pouls tomba de 120 à 100 et devint plus fort. Le 5 juillet : deux moxas. Le pouls tomba de 101 à 92. Le même moyen fut employé de temps en temps pendant trois mois; après ce laps de temps toute sensation pénible disparut. La faiblesse des membres resta telle qu'elle était avant le traitement. J'ai revu cet homme quelque temps après; ses maux de tête et ses vertiges n'avaient point récidivé.

Obs. VII.e — M. Habell me consulta le 5 novembre. Deux ans auparavant, à l'âge de 23 ans, il avait eu une inflammation du cerveau, suivie d'aliénation mentale qui avait duré neuf semaines. Depuis son enfance il était sujet aux maux de tête. Dans ce moment, il accuse principalement une pesanteur de tête, des vertiges, de la stupeur, l'obscurcissement de la vue; les vertiges sont augmentés lorsqu'il regarde en bas ou en haut, ou lorsqu'il est couché sur le côté droit. Pouls 96, petit et faible; langue nette; visage pâle et déprimé; pupilles immobiles. Le côté gauche du corps est plus faible que le droit. Il éprouve quelquefois des crampes dans ses membres, et habituellement ses idées restent confuses pendant quelques minutes après son réveil.

Quatre moxas sur la région pariétale droite. Sensibilité très-émoussée des tégumens. Après cette opération, la tête parut plus légère, le pouls tomba à 80, et se développa.

Le 6 novembre, la tête est plus légère; moins de vertige; moins d'obscurité de la vue; pouls 84, petit et faible. Hier, quatre ou cinq heures après l'application des moxas, le malade sentit dans la région pariétale droite une sensation de tintement. Trois moxas dans le même point. Le pouls devint plus plein et tomba à 72.

Le moxa a été employé jusqu'au 31 janvier, avec les résultats les plus satisfaisans, une ou deux fois, par un

temps humide ; le malade a éprouvé un léger retour de ses maux de tête, mais le moxa l'a soulagé immédiatement. Le 5 février 1835, ce jeune homme était entièrement délivré de toute sensation pénible du côté de la tête.

Description de la maladie. — Les symptômes les plus remarquables de cette affection sont une douleur obscure et une sensation de pesanteur dans la tête ; quelquefois il semble au malade que quelque chose comprime son cerveau ; de temps en temps de la stupeur ; des vertiges qui ordinairement sont accrus lorsque le malade regarde en bas ou en haut, mais surtout lorsqu'il se baisse. Souvent la vue est obscurcie comme par un nuage qui passe devant les yeux ; il y a des bourdonnemens d'oreilles, ou bien le bruit ressemble au son d'une cloche. Quelquefois l'un des hémisphères cérébraux est le siége d'une sensation de froid ; rarement ce phénomène a lieu pour les deux hémisphères ; le front est souvent plus chaud qu'à l'ordinaire ; en général le visage est pâle, et la physionomie est hébétée ; ordinairement les pupilles sont dilatées et immobiles. Les facultés vitales sont plus ou moins déprimées, et la sensibilité est le plus souvent matériellement altérée. Dans les cas graves, la prostration des forces est considérable ; les membres inférieurs sont surtout affaiblis, ordinairement plus d'un côté que de l'autre, et alors le membre le plus faible est traîné dans la marche. Les malades éprouvent souvent de l'engourdissement, des crampes, des tintemens ; quelquefois il y a des hémiplégies ; mais en général la paralysie est incomplète. Il peut survenir des convulsions sous des formes variées, depuis un tremblement léger jusqu'aux attaques d'épilepsie les plus tranchées. Dans quelques cas, les fonctions de la cinquième et de la septième paire de nerfs sont alternées d'une manière notable, comme on le reconnaît à la diminution ou à la perversion du sentiment, ainsi qu'à l'irrégularité des mouvemens musculaires dans les parties auxquelles ces nerfs se distribuent. Quelquefois

le sommeil est très-profond et s'accompagne d'un ronflement très-fort. D'autres fois, le malade est agité et sans repos pendant toute la nuit, et le sommeil est troublé par des songes effrayans. Pendant le sommeil on remarque de temps en temps de légers mouvemens convulsifs dans les globes oculaires, dans les commissures labiales, dans les joues; le malade grince des dents. Le moral est plus ou moins abattu; il s'est développé une susceptibilité morbide; le malade s'irrite facilement et s'agite pour des causes insignifiantes. Dans quelques cas, le malade est complètement hypochondriaque. La surface du corps est ordinairement pâle, les traits sont affaissés, les pieds froids, et la peau a souvent une teinte jaunâtre. Le pouls est toujours faible, ordinairement petit et accéléré, comptant de 80 à 130. Il y a des palpitations et de la dyspnée, surtout dans les mouvemens du corps ou les émotions de l'âme; mais rarement ces symptômes sont aussi constans et aussi pénibles que dans les cas d'affection organique du cœur. Dans un cas de *congestion atonique du cerveau* chez une jeune fille de 17 ans, il y avait des palpitations si permanentes qu'elles causèrent l'usure des cartilages de la sixième et de la septième côtes, et qu'elles donnèrent lieu à une tumeur remarquable par ses pulsations, qui disparut progressivement à mesure que la maladie du cerveau s'amenda. Cette malade fut complètement rendue à la santé par l'usage soutenu avec persévérance du moxa. Ordinairement il y a constipation et le foie fonctionne mal. Les matières fécales sont alors de couleur d'argile; cependant quelquefois elles ont un aspect normal. La langue est rarement très-chargée; souvent elle est très-nette. Le plus souvent il y a anorexie.

Diagnostic. — La *congestion atonique* du cerveau peut se distinguer de l'inflammation de cet organe, par l'absence de paroxysmes fébriles, par l'état de la peau qui est plus souvent froide et visqueuse que chaude et sèche, par sa

durée, par le soulagement temporaire qui résulte ordinairement de l'emploi des stimulans, surtout des stimulans diffusibles, tels que le vin et l'eau-de-vie; en un mot, par cette circonstance que la maladie n'est point accompagnée de la série de symptômes qui indiquent un travail inflammatoire. — On la distingue de la congestion active ou pléthore cérébrale, par la petitesse et la faiblesse du pouls, par la pâleur du visage, par l'absence presque complète de battemens dans les carotides, par l'absence de tout ce qui indique un afflux du sang vers le cerveau. — On ne peut pas la confondre avec la céphalalgie dyspeptique, car dans cette dernière la douleur de la tête est accompagnée de désordres graves vers le canal digestif; cette douleur affecte en outre une marche plus périodique, et cesse ordinairement lorsque les organes digestifs sont rendus à leur état normal.

La *congestion atonique* du cerveau peut être compliquée d'anémie.

Étiologie. — Les causes de cette maladie sont variées. Celles que l'on peut apprécier le plus souvent peuvent être rapportées à l'un ou à l'autre des chefs suivans : vice de conformation original, ou tout ce qui déprime les forces vitales du cerveau, comme une irritation prolongée par suite de *phrénitis* ou d'excitation fébrile, la terreur, l'impression subite que produit l'aspect imprévu d'une attaque d'épilepsie; l'influence de miasmes délétères; des hémorrhagies, une soustraction trop abondante de sang, ou d'autres évacuations; une nourriture insuffisante; le défaut d'insolation et d'aération; la dilatation passive du cœur; l'abus du coït; la masturbation.

Théorie de la maladie. — La maladie elle-même paraît consister dans un défaut de ton ou d'énergie du cerveau et des nerfs, et dans une diminution d'activité de la circulation cérébrale, d'où il résulte que le sang passe plus lentement des artères dans les veines qu'à l'état normal. Il y a

souvent turgescence veineuse générale. Ordinairement un hémisphère cérébral est plus lésé que l'autre ; quelquefois le cervelet semble être principalement affecté.

Les principaux effets d'un tel état sont une diminution de l'énergie morale et physique, un trouble de la perception et de la volition, d'où résultent les symptômes variés décrits ci-dessus. Dans quelques cas où l'action du cœur est extrêmement faible, et où le sang est chassé avec très-peu de force, les vaisseaux du cerveau étant eux-mêmes dans un état d'atonie, la circulation cérébrale devient si lente, surtout dans le décubitus horizontal, qu'il se produit des convulsions dont l'effet est de diminuer momentanément cette congestion atonique.

Cette atonie nerveuse et cette langueur de la circulation sont démontrées par l'effet favorable des stimulans, comme l'application de la chaleur, et par la nature déprimante des causes de la maladie. On trouve à l'examen cadavérique les veines et les sinus du cerveau distendus par un sang noir; quelquefois il y a un peu de sérosité entre la pie-mère et l'arachnoïde, et quelquefois dans les ventricules. La substance cérébrale offre moins de rougeur, soit par points, soit par taches, que dans les cas de congestion cérébrale active.

Traitement. — Toutes les fois qu'une affection semble dépendre d'un trouble de la circulation intrà-crânienne, on a recours à la saignée générale ou locale ; s'il y a inflammation, congestion ou pléthore cérébrale, le soulagement qui en résulte justifie l'emploi de ce moyen. Mais souvent, cette amélioration n'est que passagère, bien qu'elle soit très-réelle pendant un temps plus ou moins court, et que le malade ainsi que le médecin, trompés par ce succès temporaire, soient portés à y revenir jusqu'à ce que les forces soient affaiblies d'une manière grave.

Je crois que plusieurs cas de *congestion atonique* du cerveau sont causés par des émissions sanguines trop abon-

dantes dirigées contre l'inflammation de cet organe. Avant de porter très-loin la phlébotomie dans le traitement de l'inflammation du cerveau, on devrait s'assurer si le soulagement temporaire n'a pas lieu aux dépens de l'état consécutif. Lorsque la saignée est portée jusqu'à la syncope, il arrive souvent que la douleur qui accompagne l'inflammation est complètement soulagée pendant un temps peu long; mais elle reparaît le plus souvent après le rétablissement de l'action du cœur, la partie essentielle de la maladie, la sensibilité morbide, persistant; à moins que la maladie ne soit complètement détruite à son début. Faudra-t-il alors recourir à ce moyen jusqu'à ce que les forces soient épuisées au point que l'émission de quelques onces de sang serait fatale?

Ayant été témoin des bons effets du calorique employé sous forme de moxa dans le traitement de plusieurs maladies externes où les stimulans étaient indiqués; ayant été surtout frappé de ses propriétés stimulantes diffusibles, je conçus l'idée de l'employer sous cette forme contre la *congestion atonique* du cerveau. J'avais quelquefois employé le moxa comme contre-irritant dans l'épilepsie; mais la douleur qu'il causait était si vive que peu de malades voulurent s'y soumettre une seconde fois, et moins encore une troisième. Aussi ai-je pu à peine apprécier ses effets quand il est employé sous forme d'escharrotique. Je l'employai contre la *congestion atonique* du cerveau dans le but de réveiller l'action des systèmes vasculaire et absorbant du cerveau, par ses effets stimulans sur les nerfs de la vie animale et de la vie organique. J'ai adopté le procédé recommandé par M. Boyle dans son ouvrage (*On contractions of the joints*), et au moyen duquel on peut modifier l'intensité de la chaleur suivant les sensations du malade. On prépare le moxa avec du *lint* (espèce de charpie) imbibé d'une solution de nitre (4 grains pour une once d'eau). Quand il est convenablement desséché, on le roule légère-

ment et on lui donne un volume suffisant pour qu'il remplisse bien la seringue. S'il était plus chargé de nitre, il se produirait des étincelles qui gêneraient beaucoup le malade.

Outre le moxa, je prescris de temps en temps un laxatif; quelquefois une demi-drachme à une drachme de carbonate de fer, trois fois par jour. Je recommande une alimentation aussi nourrissante que le permet l'état des organes digestifs, et un verre ou deux de vin. Quand la maladie est ancienne, il faut persister pendant long-temps dans l'emploi du moxa. Dans un ou deux cas, je l'ai appliqué pendant plus d'un an, augmentant graduellement les intervalles de temps qui séparaient chaque application. Si la *congestion atonique* du cerveau est accompagnée de pléthore générale, il faut tirer du sang avant de recourir à l'emploi du feu. Le moxa, appliqué de cette manière, produira d'excellens effets dans la congestion cérébrale qui reste quelquefois après la fièvre typhoïde, ainsi que dans la congestion de la moelle épinière.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

SUR LES TUBERCULES DU CERVEAU ; *par le docteur Romberg.* — Le mémoire du docteur Romberg sur ce sujet, se compose de deux parties : la première renferme cinq observations de tubercules développés dans le cerveau, dont une seule offre des particularités remarquables; la seconde contient des réflexions assez ingénieuses sur le diagnostic des tumeurs qui ont leur siége, soit à la base, soit à la convexité du cerveau, mais elles ne sont pas déduites des faits produits par l'auteur dans ce mémoire.

OBSERVATION. — Une femme de 45 ans, mariée, mais n'ayant pas eu d'enfans, réclama mes soins dans le mois de mars 1829, pour des douleurs qu'elle éprouvait depuis quelques semaines dans la cavité buccale, et qui étaient augmentées par la mastication et la déglutition. Je trouvai au milieu de la voûte palatine une ulcération cir-

culaire à bords renversés et à fond grisâtre. La malade nia toute cause syphilitique, et quoique l'examen des parties génitales ne fit découvrir qu'une blennorrhée bénigne dont la malade était affectée depuis plusieurs mois, je lui fis néanmoins subir un traitement mercuriel, et de temps en temps je touchai l'ulcère avec le nitrate d'argent. Cette opération faisait éprouver chaque fois à la malade un goût amer, même avant que la langue ne vînt en contact avec le palais. Au bout de trois semaines l'ulcère fut cicatrisé. La malade n'éprouva aucun désordre dans sa santé pendant plusieurs mois. A la suite d'un chagrin violent, elle commença à se plaindre d'une gêne dans les mouvemens des membres du côté droit. Le 8 septembre, je fus appelé auprès d'elle ; elle offrait les symptômes d'une attaque d'apoplexie ; perte complète de connaissance ; paralysie du mouvement des extrémités pelviennes et thoraciques, face rouge et tuméfiée ; pouls lent et plein ; écoulement involontaire des urines. L'emploi des moyens antiphlogistiques et des résolutifs eut quelque succès, de sorte qu'au bout d'un mois la malade put élever facilement le bras jusqu'à la tête, et se promener dans sa chambre à l'aide d'un appui. Mais une grande faiblesse de la mémoire et l'idiotisme qui se peignait dans tous les traits, ne laissaient pas d'espoir de guérison. Dans le mois de novembre, l'on tenta vainement encore les bains de vapeur avec affusion d'eau froide sur la tête et le dos. L'idiotisme devint de plus en plus complet, la paralysie reparut, avec l'émission involontaire des urines et des matières fécales. Mort le 30 janvier 1830.

Autopsie. — Les membranes du cerveau étaient fortement adhérentes entre elles sur le trajet de la faux. L'arachnoïde était, dans toute son étendue, d'une couleur opaline. La substance médullaire était très-ferme, élastique, et traversée par les vaisseaux injectés. Une quantité considérable de liquide séreux remplissait toutes les cavités du cerveau. Le corps strié du côté gauche présentait l'aspect d'une gelée de groseille légèrement colorée, et était réduit à l'état d'une masse pulpeuse dans le centre de laquelle on trouva un caillot sanguin du volume d'une noisette. Sur la surface inférieure et antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, dans le voisinage de la lamelle criblée de Reil, étaient placés trois tubercules très-rapprochés les uns des autres, du volume d'une noisette ; ils étaient ramollis au centre, et la substance du cerveau qui les entourait était indurée.

Le diagnostic de toutes les maladies du cerveau, dit en terminant le docteur Romberg, étant d'autant plus difficile, qu'elles mettent plus de lenteur à se former et qu'elles causent moins de désordre dans la substance même de ce viscère, on voit aisément combien le diagnostic de cette lésion est difficile. Ce qui vient encore ajouter beaucoup à la difficulté du diagnostic des productions morbides qui

se développent dans l'encéphale, c'est que ces productions sont de nature très-diverse; tantôt ce sont des hydatides, tantôt des fongus ou des tubercules. Les faits publiés par Abercrombie ont de commun avec les miens, que la plupart ont été observés chez des enfans; deux seulement se sont rencontrés chez des filles de quinze et dix-huit ans, les autres à l'âge de 3, 6, 7 et 8 ans. Les symptômes présentent des différences très-marquées, suivant les périodes et les complications de la maladie. La céphalalgie était presque toujours le premier et le plus constant des symptômes, mais elle était très-variable quant au siége, au caractère, au type et à l'intensité. Dans le plus grand nombre des cas, la douleur occupait la région frontale ou occipitale; dans quelques cas aussi elle siégeait à la région de l'oreille, ayant le caractère lancinant et déchirant; elle était rarement continue; le plus souvent intermittente, laissant des intervalles plus ou moins longs. C'est cette dernière circonstance qui éloigne si souvent le praticien de la cause des douleurs, parce qu'il part de la supposition que la persistance de la cause doit être accompagnée de la persistance des symptômes; et en outre dans l'état imparfait de nos connaissances sur les maladies du cerveau, nous sommes encore sous l'influence de l'idée erronnée qui accorde au cerveau une immunité de douleurs idiopathiques. Quoique l'art ne possède pas, pour reconnaître la cause des douleurs du cerveau, les moyens mécaniques qui permettent tant de précision au diagnostic des lésions des organes du thorax et de l'abdomen, il existe cependant des moyens qui peuvent conduire à des résultats, et dont l'on tire ordinairemnt trop peu de parti. L'acte respiratoire peut, sous ce rapport, devenir d'un grand secours. Il est de fait que, dans chaque expiration forte et prolongée, le cerveau est soulevé; le cervelet est alors pressé contre la tente, et le cerveau contre les os du crâne; ce dernier phénomène peut être facilement constaté en examinant la tête des enfans très-jeunes quand ils poussent des cris. Les anciens chirurgiens ont fondé sur la connaissance de ce fait, le conseil qu'ils donnaient à leurs malades atteints de plaies pénétrantes du crâne, de tousser fortement pour déterminer l'issue du pus. La pression extérieure que nous employons si souvent pour explorer les lésions des viscères des cavités thoraciques et abdominales, peut de la même manière dans les maladies du cerveau, et surtout dans les cas de tumeurs situées près de la superficie du cerveau, être remplacée en quelque sorte par une expiration prolongée, et cela d'une manière d'autant plus efficace qu'elle est accompagnée d'efforts plus grands et d'une congestion plus considérable vers la tête.

L'on voit ces malades se plaindre de ce que les efforts auxquels ils se livrent pour aller à la selle réveillent les douleurs; aussi comme épreuve diagnostique, je leur fais faire une expiration lente et con-

tracter en même temps les muscles abdominaux, ce qui détermine aussitôt de la douleur, ou l'exaspère si elle existe déjà.

Les cris, les accès de toux et les vomissemens ont la même influence, ce qui surtout chez les enfans est d'une grande importance; des épreuves analogues faites pendant l'inspiration où le cerveau s'abaisse et se rapproche de la base du crâne, pourraient peut-être éclairer le diagnostic des tumeurs de la surface inférieure du cerveau et du cervelet. Il serait trop long d'insister ici sur les avantages que l'on peut retirer pour le diagnostic, des effets que produisent les modifications introduites dans la circulation du cerveau par les divers mouvemens de la tête; mais ces remarques serviront du moins à prouver que, pour bien apprécier le caractère des diverses céphalalgies, il est nécessaire de faire un examen plus exact qu'on ne le fait ordinairement. Mais ce qui doit surtout fixer l'attention sur la céphalalgie qui accompagne les tubercules du cerveau, c'est qu'on la rencontre chez les enfans qui sont rarement sujets aux maux de tête sympathiques. La présence simultanée de tubercules dans d'autres organes, dans les poumons, le mésentère, etc., etc., et l'existence antérieure ou actuelle d'écoulemens des oreilles, du nez, viendront accroître la probabilité de nos suppositions. Les accès de cette céphalalgie sont assez souvent accompagnés d'une réaction fébrile et de vomissemens, et ils peuvent alors porter ceux qui ignorent la marche de la maladie à supposer une encéphalite primitive. J'ai vu quelquefois dans des cas semblables, des médecins mettre la cessation des douleurs sur le compte du traitement, et attribuer ensuite le retour de l'accès à une récidive de l'inflammation du cerveau. Les troubles intellectuels et physiques, comme l'indolence, la mauvaise humeur, la constipation, la paresse de l'intestin sous l'influence des purgatifs, sont quelquefois peu prononcés, mais il est très-rare de les voir manquer complètement.

La complication des tubercules avec d'autres maladies du cerveau donne lieu à de nombreuses variétés dans les symptômes, et c'est cette circonstance qui fait qu'on a attribué aux tubercules du cerveau des signes qui ne leur appartiennent point à leur état de simplicité; par exemple, les convulsions dont les formes, selon Jadelot (*Journal de Médecine de Corvisart*, vol. X), et Gendrin (*Annales du Cercle médical*, janvier 1832), sont soumises à des modifications spéciales et caractéristiques, d'après le siége qu'occupent les tubercules. L'on a dans ces cas ordinairement prêté trop peu d'attention aux altérations qui pouvaient exister dans la substance même du cerveau, et encore aujourd'hui il n'est pas rare de voir qu'après que l'on a trouvé une lésion aussi palpable qu'une tumeur, l'on néglige l'examen attentif du reste de l'organe : cependant la complication des tubercules avec d'autres maladies du cerveau donne non-seulement

lieu à de nouveaux accidens, mais elle peut aussi rendre moins apparens ou effacer complètement ceux qui sont propres aux tubercules; ceci arrive surtout dans les cas d'hydrocéphale et de ramollissement des parties centrales du cerveau qui, le plus souvent, sont la cause immédiate de la mort chez les malades affectés de tubercules du cerveau. (*Wochenschrift für die ges. Heilk*, 1834, N.° 3. (Trad. de l'allemand, par M. J. P. Webber).

Perforation réitérée de l'estomac : *douleurs abdominales très-anciennes. — Perforation spontanée de l'estomac. — Adhérence de ce viscère à la paroi du ventre. — Nouvelle perforation de cette paroi. — État adynamique. — Mort. — Observ. communiquée par le docteur Bineaux, de Saumur.* — M.me G.***, âgée de 80 ans, a été sujette pendant trente ans à des douleurs que l'on considéra comme rhumatismales, et qui affectaient toujours le ventre, sans jamais occuper les membres ni se déplacer (circonstance qui peut faire douter de ce prétendu caractère rhumatismal); elle les comparait à la sensation que feraient éprouver des coups de broche ou de couteau traversant le ventre d'un côté à l'autre. Il en résulta pendant longues années la nécessité, pour la malade, de marcher et de se tenir courbée en double, et d'appuyer presque constamment une main sur la région de l'hypochondre gauche, afin de préserver cette région du frottement des vêtemens, lequel exaspérait toujours les douleurs. Très-souvent elle *crachait* du sang; elle rendait aussi par la bouche une grande quantité de matière liquide, filante, aqueuse, blanche, sans mélange de bile, ayant une odeur aigre ou nauséeuse, le jour, la nuit, sans grand efforts de vomissemens, mais par nausées et avec des rapports gazeux fades ou aigres. Je n'ai pu faire expliquer avec précision si elle vomissait ou crachait du sang, mais comme l'on m'a assuré qu'elle ne toussait pas, et qu'il n'y a jamais eu de symptômes du côté des organes de la respiration, comme c'était évidemment par des efforts de vomissement, bien que très-légers, qu'elle rejetait le liquide aqueux, il est probable que le sang venait aussi de l'estomac. M.me G.*** avait de l'appétit, digérait bien, ne vomissait jamais les alimens; les selles et les urines étaient naturelles; les forces assez grandes pour exécuter quelques travaux de ménage, faire son lit, etc. Elle menait une vie sédentaire et très-retirée. Elle fit plusieurs traitemens contre son prétendu rhumatisme et sans succès, aussi depuis long-temps elle n'en suivait aucun. La courbure habituelle du tronc avait fini par déterminer un pli à la paroi antérieure et supérieure de l'abdomen, dirigé de droite à gauche et long de sept à huit pouces. A l'âge de 77 ans, au mois de juin 1832, sans cause connue, elle s'aperçut un matin au lit que sa chemise se mouillait, et en se relevant il jaillit tout-à-coup un jet de liquide clair et blanc comme de l'eau de roche, par une petite ouverture pratiquée dans l'hypo-

chondre gauche et dans l'épaisseur de ce pli transversal. Environ deux litres s'écoulèrent, et ensuite le liquide ne sortit plus qu'en bavant, par un suintement continuel. On se contenta de serrer le ventre avec une serviette; et l'on n'appela point de médecin. Ce suintement alla en diminuant pendant trois jours, au bout desquels il s'arrêta et ne se renouvella plus. Cette évacuation soulagea la malade; ses douleurs lancinantes furent moins fortes et plus supportables pendant quelques mois; les rapports gazeux et liquides furent aussi moins abondans. Il y eut pendant deux ans et demi des alternatives de rémission et d'exacerbation; mais enfin toutes les fonctions s'accomplissaient normalement, et aucun signe de cancer d'estomac ne se présentait. Quelque singulier et inexplicable que soit ce phénomène, cette perforation suivie de guérison, malgré toutes mes questions propres à éclairer la chose, les enfans de la malade n'ont jamais varié dans leur récit. Enfin, dans les premiers jours de janvier 1835, les douleurs abdominales devinrent beaucoup plus vives; les cataplasmes émolliens les diminuèrent un peu. L'état habituel de la santé était le même. Le 14, on remarqua une légère altération dans les traits de la figure, une sueur assez abondante à la face, des douleurs plus fortes au ventre. Point d'amélioration dans la journée. Le 15 au matin, tout d'un coup l'ancienne perforation se r'ouvre et donne passage, en bavant, à une grande quantité d'eau. La malade ayant bu un mélange d'eau et de vin rouge, on s'aperçut que ce liquide sortait par cette perforation aussitôt qu'il était avalé. Il en fut de même d'un potage au vermicel. Je fus alors appelé pour la première fois auprès de la malade, et après avoir obtenu les renseignemens précédens, sans doute bien incomplets et peu satisfaisans, je constatai l'état suivant:

Amaigrissement général, mais en rapport avec le grand âge; facies altéré, affaissement général, facultés intellectuelles entières, mais promptes à se fatiguer; respiration libre et lente; point de toux. Chaleur générale douce et ordinaire. Pouls lent, faible, petit. Langue un peu sèche; soif assez vive. Ni nausées, ni vomissemens. Décubitus en double, c'est-à-dire, les différentes parties du corps dans une demi-flexion les unes par rapport aux autres. Ventre souple dans tous les points, sans douleur ni tumeur appréciable au toucher. Pli transversal très-prononcé d'un hypochondre à l'autre; c'est là seulement qu'une pression un peu forte excite de la douleur. Une perforation, grande comme un petit pois, arrondie, existait dans l'épaisseur de ce pli, à la région épigastrique, un peu plus à gauche qu'à droite, et deux travers de doigt au-dessous du rebord des côtes sternales. Le contour de cette perforation était d'un rouge vif; la peau voisine avait son aspect naturel. La paroi abdominale, tout autour, paraissait enfoncée en forme d'infundibulum. Le toucher ne faisait recon-

naître dans le voisinage ni dureté, ni gonflement, ni altération de tissu. Cette ouverture donnait passage à tous les liquides que la malade avalait, et aussitôt qu'elle les avalait des gaz s'en échappaient aussi et venaient crever sous forme de bulles à l'extérieur. On appliqua des linges, on essaya des obturateurs avec du coton, des éponges. Rien ne servit à fermer complètement cette ouverture. Les linges étaient continuellement imbibés; ces obturateurs étaient même douloureux. Le lendemain, des matières fécales, liquides et laiteuses, reconnaissables à l'odeur et à l'aspect, sortirent à leur tour. L'adynamie générale se prononça rapidement. Les selles étaient nulles, les urines supprimées, la soif plus ardente, la langue rouge et sèche, le gosier sec et brûlant; la chaleur générale diminua; le pouls devint plus petit, misérable, filiforme. Affaissement des traits, prostration générale, assoupissement, et mort sans agonie ni douleur apparente le 18 au matin, quatre jours après la perforation. La malade ne vomit pas une seule fois. Il me fut toujours impossible d'apercevoir le fond de l'estomac, ni les mouvemens de ce viscère.

Des considérations particulières, si communes dans une petite ville, s'opposèrent à ce que la nécropsie fut complète. On ne permit que l'examen de l'estomac et de la paroi abdominale correspondante : il fut fait vingt-quatre heures après la mort.

Nécropsie. —J'enlevai une portion circulaire de la paroi antérieure de l'abdomen, comprenant la perforation, et l'estomac tout entier qui y était adhérent. Ensuite j'incisai l'estomac sur sa petite courbure, et je renversai les lambeaux en dehors de manière à mettre à découvert sa face interne et sa cavité. Il contenait des mucosités peu épaisses, et une bonne quantité de liquide alimentaire dont la couleur était grise, l'odeur aigre et fade. Après avoir été lavée et essuyée, la membrane muqueuse parut de couleur grise naturelle dans le grand cul-de-sac, sans ramollissement ni épaississement. Un pointillé rouge existait vers la petite courbure et à la face postérieure. Un pointillé noir, des replis muqueux fort épais, colorés en jaune, un épaississement et une densité assez grande existaient à la portion pylorique. Il n'y avait d'ailleurs aucune trace d'ulcération ni de désorganisation. Au milieu de la portion de l'estomac qui constitue sa face antérieure, était un anneau circulaire, d'un pouce et demi de diamètre, à bords mousses et arrondis, très-égaux, entiers, sans changement de couleur avec la muqueuse voisine avec laquelle ils se continuaient. Cet anneau formait l'ouverture interne d'une cavité de sept à huit lignes de profondeur, dont les côtés étaient formés par une membrane celluleuse, presque muqueuse en apparence, et dont le fond était formé par la paroi cutanée de l'abdomen. Les bords de cet anneau étaient épais et presque fibro-cartilagineux du côté du grand cul-de-sac; mais en regard de la portion pylorique,

ils étaient sans épaississement et pointillés de noir. Le fond de la cavité était tapissé par une membrane celluleuse, différente de la membrane muqueuse, et presque entièrement plaquée et pointillée rouge. Au milieu du fond existait la perforation reconnue à l'extérieur, intéressant toute l'épaisseur de la peau, circulaire, large de quatre à cinq lignes, frangée du côté de l'estomac, lisse et nette en dehors. Ce fond était entièrement formé des tissus adipeux et cutané qui constituent la paroi abdominale, sans apparence de muscles, sans épaississement lardacé ou autre ; en un mot, à l'état normal et n'offrant aucun signe d'altération organique.

Il résultait de cette disposition que jadis une ulcération ou perforation spontanée s'était formée à la face antérieure de l'estomac, large d'un pouce et demi en tous sens, et qu'une adhérence salutaire s'était établie entre l'estomac perforé et la paroi de l'abdomen ; ce qui avait empêché l'épanchement dans la cavité péritonéale. Peu-à-peu les bords de l'ulcération gastrique s'étaient cicatrisés et intimement unis au tissu cellulaire de l'adhérence. Plus tard un nouveau travail inflammatoire s'était opéré à la partie moyenne de cette nouvelle paroi constituée par la peau ; et celle-ci ramollie, détruite à son tour, avait été perforée comme jadis l'avait été la face antérieure de l'estomac ; delà les accidens observés pendant la vie.

On connaît sans doute un assez grand nombre d'exemples d'inflammation du foie, de la rate, des reins, avec abcès, perforation et passage du pus soit dans un autre organe (les intestins), soit dans une autre cavité (le thorax), soit à l'extérieur. Mais il n'existe pas d'analogie entre ces faits et le nôtre : là, il y a effort de la nature pour expulser un liquide dont la présence est incompatible avec l'état de santé ; ici, au contraire, il n'y avait aucun liquide contre-nature, mais désordre organique ; aucun travail nécessaire d'élimination, mais seulement un travail d'ulcération, guéri une première fois à l'aide d'une adhérence salutaire, et mortel la seconde fois faute d'une paroi possible et propre à arrêter la perforation accidentelle. Ce cas entre donc plutôt dans ceux de perforations spontanées publiés par Gérard et par Lainé, sous les auspices de MM. Chaussier et Percy : il leur ressemble sous les rapports de l'obscurité des causes, de l'absence de symptômes particuliers pendant la vie, de la terminaison par adhérence avec les parties voisines ; il en diffère par le défaut de dégénérescence squirrheuse ou autre, et même de signes d'inflammation. Il est surtout remarquable en ce qu'il est, je crois, le seul exemple d'une double perforation intéressant seulement l'estomac et la paroi nouvelle par suite d'un second travail morbide de même nature que le premier (1).

---

(1) M. Bineau nous écrit qu'il a conservé la pièce anatomique.

Mort subite ; lésion des valvules aortiques et de l'artère coronaire ; *par le docteur Thomson.* — M. D., âgé de 49 ans, fut trouvé mort dans son lit, les yeux fermés, les bras rangés le long des côtés du tronc; tout semblait annoncer qu'il était mort au milieu de son sommeil. Quelques années auparavant il avait beaucoup souffert d'un rhumatisme ; mais il s'était bien guéri de cette maladie, et son extérieur avait toute l'apparence de la santé. Il avait eu depuis, des douleurs rhumatismales qui se portaient sur diverses régions, et qui enfin s'étaient fixées sur une jambe et sur un bras, dix ou quinze jours avant sa mort ; mais il ne s'était plaint d'aucune autre maladie. Un de ses amis avait remarqué qu'il n'aimait pas à marcher vite.

Autopsie. — Cœur de volume normal ; plaques osseuses à la racine de deux des valvules aortiques ; il n'existait qu'une seule artère coronaire ; cette artère offrait de nombreuses plaques osseuses et cartilagineuses ; ces plaques, qui étaient surtout dures vers l'embouchure de ce vaisseau, diminuaient de volume et s'étendaient jusque dans les ramifications du vaisseau.

Aspect laiteux du sang ; *par le docteur Giovanni-Luigi-Zaccarelli.* — Antoine Gorla, de Cremone, limonadier, âgé de 47 ans, d'une constitution robuste, doué d'embonpoint et très-excitable, adonné au vin, tomba malade le lendemain d'une journée d'ivrognerie. Il entra à l'hôpital le 22 mai 1834 avec les symptômes suivans : Fièvre très-intense ; pouls dur, intermittent, dicrote ; respiration très-gênée ; pas de toux ; pas de crachats, pas de douleurs au cœur ; impossibilité de rester couché, soit sur le dos, soit sur l'un des côtés ; abdomen dur, tuméfié ; constipation ; urines peu abondantes ; extrémités inférieures œdémateuses ; prostration générale ; pâleur extrême de toute la surface du corps et principalement du visage. On prescrivit une saignée et l'huile de ricin dans une émulsion gommeu e.

Le 23 mai, le sang tiré de la veine, le soir précédent, était aussi blanc que du lait pur ; le caillot présentait cette couleur aussi bien que le sérum ; on distinguait ces deux substances l'une de l'autre par la différence de consistance ; ce sang n'exhalait que l'odeur du lait. Les résultats de l'analyse chimique sont indiqués ci-après. Dyspnée ; pouls dur et intermittent ; pas de toux ; pâleur et affaiblissement extrême ; ventre gonflé et douloureux ; urines rares, avec un aspect laiteux ; peau couverte d'une humeur visqueuse. (Une saignée ; douze sangsues à l'épigastre ; huile de ricin ; lavemens émolliens matin et soir). Dans l'après-midi, même dyspnée, même tuméfaction du ventre ; prostration des forces moins considérable ; couleur moins cadavérique ; ni toux, ni crachats ; pouls dur, plus fréquent et moins irrégulier ; le sang fourni par la saignée et par les sangsues était aussi blanc qu'après la première saignée.

Le 24, même dyspnée, mêmes symptômes ; douleur lancinante très-

aiguë au côté gauche de la poitrine, s'exaspérant par l'inspiration, et déterminant un peu de toux (Nouvelle saignée; même émulsion huileuse). Le soir, le sang offrait la même apparence de lait; les symptômes inflammatoires persistaient, la douleur de côté était augmentée (Application de sangsues).

Le 25, un peu de sommeil; respiration moins gênée; toux moins pénible; douleur de côté moins forte; épigastre moins gonflé et peu douloureux à la pression; peau visqueuse; urines de quantité et de couleur naturelles. (Nouvelle saignée; même émulsion). Le sang fut encore blanc; on prescrivit le soir une solution de manne.

Le 26, sommeil tranquille pendant quelques heures de la nuit; respiration normale; la toux et la douleur ne se produisaient que par une profonde inspiration; néanmoins la fièvre était intense; ventre non douloureux; peau moins pâle et moins visqueuse; la force et la couleur du visage revenaient. On ordonna une nouvelle saignée. Le sang tiré de la veine se sépara en deux parties, l'une était blanche et n'offrait point les principes qui constituent le sérum, l'autre était un caillot composé par les globules du sang et par la fibrine; le caillot était recouvert d'une couenne d'un blanc éclatant. Le cruor et la couenne furent soumis à l'analyse chimique.

Le 27 au matin, amélioration marquée, diminution de la dyspnée et de la fièvre; augmentation des forces; pouls régulier; diminution de la douleur et de la toux; apparition d'une expectoration abondante et non suspecte; tuméfaction du ventre nulle; matières fécales et urines naturelles; peau fraîche; appétit. Dans la soirée, légère dyspnée (Une saignée et un vésicatoire sur le côté). Cette fois-ci le sang était naturel, présentant une sérosité jaunâtre et un caillot sans couenne. Les symptômes du côté de la poitrine avaient presque complètement cessé; le malade entra alors en convalescence et sortit parfaitement guéri après trente-huit jours de maladie.

Résultat de l'analyse chimique. — Ayant décanté le sérum d'avec le caillot, on trouva un liquide trouble, blanchâtre, ayant les caractères extérieurs du lait, exhalant une odeur de beurre, et différant complètement de tout autre sérum du sang. La couenne épaisse d'un doigt, fut examinée la première; elle avait une couleur blanchâtre, éclatante et l'odeur de la graisse; traitée par l'alcohol bouillant, elle fournit une substance grasse, en tout semblable à celle qui fut extraite du sérum, et qui sera décrite ci-après; il resta une substance fibrineuse, semblable à celle qui s'observe dans les affections inflammatoires; le cruor présenta l'aspect qu'il offre habituellement chez les individus affectés d'inflammation, excepté qu'il était mêlé avec des gouttes d'un liquide graisseux qui était en tout semblable au sé-

rum, et avait tous les caractères extérieurs du lait; mais il ne se montra ni acide ni alcalin; sa pesanteur spécifique était de 1,025; en versant de l'alcohol à 36 degrés dans le sérum, il se forma subitement un précipité abondant d'albumine; le tout fut jeté sur un filtre; le liquide qui traversa le filtre était légèrement teint en jaune; on le fit évaporer un peu, et, abandonné à lui, il déposa une substance grasse, floconneuse, ayant tous les caractères de la matière crystallisable de M. Le Canu, ou de la séroline de M. Baudet; voyant que le liquide ne fournissait plus de substance grasse, il fut évaporé à siccité dans un bain-marie, et on obtint un extrait; on sépara de cet extrait, par le moyen de l'alcohol et de l'éther, la substance extractive ou extrait de chair, du lactate de soude et des autres sels trouvés déjà chez d'autres individus, mais on ne trouva aucune trace de sucre de lait.

L'albumine recueillie sur le filtre avait un aspect crémeux, une couleur jaunâtre, une forte odeur de graisse; elle était fort onctueuse; on la fit bouillir plusieurs fois dans l'alcohol; la liqueur, en se réfroidissant, se troubla un peu sans fournir aucun dépôt; ayant rassemblé les solutions alcooliques, on les fit évaporer au bain-marie; elles passèrent à l'état d'émulsion, et enfin à celui de substance grasse oléagineuse : cette substance avait une odeur de graisse; elle était jaune, soluble dans l'alcohol et dans l'éther, faisait une émulsion avec l'eau; abandonnée à elle-même, elle devint acide, et répandit l'odeur de gras de cadavre.

D'après ces caractères et plusieurs autres qu'il serait trop long d'énumérer, on trouva que cette substance était semblable à celle qui existe dans le chyle, et qui, suivant Vauquelin, est semblable à la substance cérébrale.

Quoique l'albumine eût bouilli et eût été lavée pendant long-temps avec l'alcohol, elle conservait toujours l'odeur de graisse; en conséquence on la traita par l'éther qui enleva toute la substance oléagineuse, et l'on obtint ainsi l'albumine pure.

Mille parties de sérum furent trouvées composées comme suit : Eau, 905; albumine, 76; matière grasse crystallisable, 4; matière oléagineuse, 6; extrait de chair, lactate de soude, chlorure de sodium, chlorure de potassium, 5; sulfate et phosphate alcalins, carbonate de soude, phosphate calcaire et déchet, 4. Total 1,000.

Il résulte de tout ce qui précède que la couleur et l'odeur de ce sérum étaient dues entièrement à la présence de la substance grasse et de la substance oléagineuse qu'il tenait en suspension; et l'auteur de cette analyse chimique n'hésite point à le regarder comme un chyle plutôt que comme un véritable sérum (*Annali Universali di Medicina*. Cahier d'avril et mai 1835).

— Nous devons rapprocher de ce fait une observation publiée récemment dans la *Lancette française*, avril 1835, t. 9, n.os 49 et 50, et reproduite dans le *Journal de Pharmacie*, juin 1835. — Le 5 mars dernier, dit le docteur Fion, le nommé Lecourt, âgé de 48 ans, blanchisseur, demeurant à Clichy-la-Garenne, rue de Paris, n.° 21, se présenta chez moi pour réclamer mes soins : il éprouvait une gêne extrême dans l'acte de la respiration ; il pouvait à peine se tenir debout : son teint était d'un jaune-cuivre, l'œil terne, la bouche ouverte, les orifices du nez dilatés. Il avait des tintemens d'oreilles; les extrémités inférieures étaient affectées de crampes. Le malade me dit que l'invasion de sa maladie avait eu lieu vers deux heures du matin ; que depuis il avait rendu du sang par le nez et par la bouche, et plusieurs déjections alvines qui l'avaient soulagé d'abord; mais que bientôt après ses souffrances étaient revenues avec plus d'intensité; que des souffrances telles l'avaient réduit à l'état où je le voyais; qu'il ne pouvait plus y tenir. Ses plaintes étaient tellement expressives, que je dus à l'instant même l'examiner avec soin.

La peau était chaude, d'une chaleur âpre repoussante; les battemens de l'artère radiale étaient remplacés par un frémissement presque insensible; les mouvemens du cœur étaient confus, tumultueux; la respiration presque nulle, l'air n'avait accès qu'à l'entrée des bronches. La saignée était indiquée : sans perdre un instant, j'ouvris la veine médiane-basilique; mais jugez quel fut mon étonnement et la surprise du malade et des spectateurs, en voyant sortir de la veine un sang blanc comme du lait. Le temps que la veine resta ouverte le sang continua à jaillir avec force, et sa couleur blanche resta la même : cette saignée fut de 20 onces. Au fur et à mesure que l'évacuation s'opérait la respiration devenait plus facile, les crampes plus supportables; l'œil se ranimait; la chaleur de la peau devint halitueuse; les mouvemens du cœur moins confus, plus appréciables. A l'instant où je fermai la saignée, les pulsations de l'artère radiale étaient à 140 par minute.

Je fis placer le malade dans un lit; on appliqua sur ses jambes des cataplasmes chauds composés de quatre parties de farine de graine de lin et d'une partie de farine de graine de moutarde. Trois heures après l'emploi de ces moyens, les pulsations des artères étaient isochrônes aux contractions du cœur; mais la respiration était encore gênée. A quatre heures du soir, je crus prudent de faire appliquer 15 sangsues à l'épigastre; cette saignée locale fut copieuse et améliora sensiblement la respiration (Le sang sorti par les morsures des sangsues était de la même couleur et de la même consistance que celui sorti de la veine. Je garde les sangsues dans un bocal; jusqu'à ce jour aucune d'elles n'est morte). Je fis répéter l'application des cata-

plasmes sur les extrémités inférieures. Pour boisson je conseillai une décoction d'écorce de quinquina et d'écorce d'orange. Diète rigoureuse.

Le malade se soumit à tout ce que je voulus : dès le septième jour de traitement il était en convalescence.

Le onzième jour de la maladie, je croyais mon malade guéri, lorsqu'il survint une gêne légère de la respiration. Je pratiquai une saignée du bras ; et depuis, le malade a repris ses occupations ordinaires. Aujourd'hui il jouit d'une santé aussi bonne qu'il peut désirer.

Je dois dire un mot des commémoratifs chez M. Lecourt. C'est un sujet fortement constitué ; sa mère est âgée de 63 ans, jouit d'une bonne santé ; son père était un homme robuste, mort accidentellement à l'âge de 36 ans. Lui, M. Lecourt, sous Napoléon, il a éprouvé les fatigues de la guerre d'Espagne, durant laquelle il a eu une fièvre intermittente qui a duré plusieurs mois. Depuis son retour dans ses foyers, il a eu plusieurs maladies ; dans toutes, les symptômes bilieux étaient les prédominans. En 1832, il a eu le choléra au troisième degré ; en 1834, il a eu une fièvre quarte bilieuse, qui n'a eu que peu de durée. M. Lecourt est d'un caractère doux ; sa nourriture est très-commune ; il boit du vin avec assez de modération ; constamment il se livre à son état.

Le sang provenant de la première saignée fut examiné par M. Le Canu. Ce sang, dit ce chimiste, offrait un aspect particulier que je ne puis mieux comparer qu'à celui d'une bavaroise légèrement rosée. Par le repos, il a déposé des traces de matière colorante dont la fibrine paraissait avoir disparu, car on ne la retrouvait pas à la surface du linge sur lequel ce dépôt avait été recueilli, puis lavé, et au-dessus de ce dépôt il a laissé se rasssembler un liquide opaque ressemblant à du lait ou à une émulsion très-chargée. Les résultats de l'analyse à laquelle M. Le Canu a soumis le sang, et dont nous ne croyons pas devoir donner les détails, sont les suivans : Sur mille parties, ce sang contenait : *Eau*, 794 ; albumine, 65; matières grasses ; *savon acide*, *cholestérine* (108) ; *oléine*, *margarine*, *stéarine*, 117 ; *sels et matières extractives*, 25 ; *matière colorante*, des traces.

L'eau et l'abumine se trouvaient donc dans les mêmes proportions à peu près que dans le sang à l'état normal ; mais la fibrine et surtout la matière colorante avaient, au contraire, presqu'entièrement disparu. Les globules y étaient remplacés par une quantité correspondante de matières grasses, parmi lesquelles la matière acide et la cholestérine existent dans le sang d'individus sains ; tandis que l'oléine, la margarine et la stéarine n'y existent pas, ou du moins n'y ont pas encore été signalées. C'est évidemment à la présence en grande proportion de ces matières grasses, tenues en suspension dans le liquide

aqueux à la faveur de l'albumine, qu'il faut attribuer l'aspect émulsif si remarquable que présentait le sang mis en expérience.

M. Caventou, qui a déjà eu l'occasion d'examiner un sang laiteux (*Journ. de Pharm.*, t. XIV, p. 627), a conclu de ses essais que l'aspect particulier de ce sang était dû à la présence d'une matière albumineuse distincte de l'albumine du sérum ordinaire. M. Le Canu pense que si M. Caventou n'a pas reconnu une plus grande proportion de matière grasse qu'à l'ordinaire, c'est qu'il a opéré sur une trop petite quantité de sang, que du reste certains phénomènes de cette analyse font présumer l'existence de matières grasses en suspension. — M. Raspail donne une autre explication du fait examiné par M. Caventou (*Chimie organique*, p. 380) : un acide s'étant formé dans le sang par une cause quelconque, le menstrue alcalin de l'albumine a été saturé; d'où est résulté la coagulation de celle-ci. Or, c'est cette coagulation informe qui a masqué la couleur du sang et a donné au sérum l'aspect du lait. De plus, le sérum ne devait plus contenir d'albumine, et c'est pourquoi M. Caventou n'en a pas trouvé. La présence d'un acide libre dans ce sang, dit M. Raspail, était rendue évidente par l'action de ce liquide sur le carreau de l'appartement, et les papiers réactifs l'auraient encore mieux constatée, si l'on en eût fait usage à l'instant même.

Thérapeutique.

EMPLOI DE L'ACÉTATE DE STRYCHNINE CONTRE UNE PARAPLÉGIE; *par le docteur OEsterlen.* — Une fille, âgée de 20 ans, ayant fait une chute sur le dos, resta paralysée des membres inférieurs, de la vessie et du rectum. Depuis plusieurs jours l'urine n'avait point été évacuée. La vessie était énormément distendue, et le gonflement de l'urètre rendit l'introduction de la sonde difficile. Le docteur OEsterlen prescrivit : une émulsion de graines de lin et d'huile d'amandes douces, nitrée et animée avec la teinture de cantharides; des frictions sur l'hypogastre avec un liniment volatil et l'huile de jusquiame; des frictions sur le rachis avec un liniment volatil camphré. Bientôt l'absence de fièvre et de tout symptôme inflammatoire l'engagea à recourir à la pommade phosphorique. Les laxatifs et les lavemens étant insuffisans pour déterminer les selles, il administra l'huile de croton-tiglium. Au bout de huit jours, tous ces moyens auxquels il avait ajouté les frictions avec la pommade stibiée, n'avaient produit aucun effet. Il employa alors l'acétate de strychnine, d'abord à très-petite dose; 1/6 de grain dans demi-gros de vinaigre de vin et deux onces d'eau distillée; prendre toutes les heures vingt gouttes sur du sucre. Cette dose fut élevée progressivement jusqu'à demi-grain, sans qu'il se manifestât la plus légère trace de mouvement ou de sensibi-

lité. Mais au bout de quinze jours, pendant lesquels trois grains de strychnine avaient été consommés, la malade éprouva tout-à-coup un grand dégoût, une anxiété extrême, des sueurs froides, de la céphalalgie, des douleurs vers la vessie, une sensation de chaleur et des picotemens le long du canal de l'urètre; en même temps les membres se raidirent et la peau se couvrit d'une éruption qui fut le siége d'un prurit très-vif. On suspendit sur-le-champ la strychnine, et l'on prescrivit seulement un peu de nitre dans de l'eau sucrée. Le lendemain, les accidens avaient en grande partie disparu; pendant la nuit, la malade avait lâché involontairement une petite quantité d'urine, qui était un peu brûlante au passage. Les choses se passèrent ainsi pendant cinq jours, au bout desquels on reprit la strychnine. Les accidens décrits ci-dessus se renouvelèrent, mais avec moins d'intensité. L'urine s'écoulait assez abondamment pour rendre inutile l'usage de la sonde; il s'opérait une amélioration manifeste sous le rapport des mouvemens et de la sensibilité. L'urine continua à couler involontairement, mais sans douleur : des lavemens suffirent pour évacuer les intestins. Au bout de sept semaines la malade put retenir son urine et marcher dans sa chambre à l'aide d'une béquille. Quelques semaines plus tard, elle reprit ses occupations habituelles; elle marchait assez vite, les pieds légèrement tournés en dehors. La guérison n'était pas complète, mais le docteur OEsterlen pense que l'emploi des eaux de Wild fera promptement disparaître le peu de paralysie qui reste actuellement. (*Medicinisches Correspondentz-Blatt*, 14 mars 1834).

Guérison spontanée d'une cataracte traumatique; *par Paolo Gerson*. — Le 12 janvier 1834, je fus appelé auprès de Francesco Bussi, âgé d'environ 5 ans, qui s'était frappé l'œil droit avec un couteau tranchant, très-étroit, et muni d'une pointe assez longue. Il ne s'était écoulé que deux ou trois heures depuis l'accident, et l'œil blessé offrit l'état suivant : La cornée transparente était le siége d'une petite plaie, située à son côté interne et un peu inférieur, et qui avait donné issue à une partie de l'humeur aqueuse, ce qui avait diminué la capacité de la chambre antérieure; l'iris n'était pas lésé et n'offrait aucune procidence; mais l'humeur crystalline paraissait un peu trouble, de manière à laisser penser que la pointe de l'instrument, en passant par la pupille sans blesser l'iris, avait atteint directement la capsule du crystallin. Ce qui fortifiait cette croyance, c'est que le malade voyait très-peu de cet œil, quoique l'état de la pupille et de l'iris fût naturel; en conséquence je pus porter un pronostic très-favorable quant à ce qui regardait la conservation de la forme de l'œil, mais il n'en fut pas ainsi quant à la vision; car on voyait qu'une cataracte devait nécessairement se former.

L'enfant n'accusait point de douleur, et bien qu'il ne se fût déve-

loppé aucun symptôme d'inflammation, je crus devoir agir de manière à prévenir cette espèce d'accident, et je fis appliquer six sangsues à la tempe droite ; le malade fut en outre purgé doucement et tenu à la diète. Au bout de trois jours il ne s'était manifesté ni fièvre, ni aucun autre signe d'inflammation, en conséquence toute médication fut abandonnée ; à cette époque la formation de la cataracte était plus visible autour de la plaie de la cornée. Il y avait une tache leucomateuse peu considérable, et l'on remarquait une tendance manifeste des lèvres de cette plaie à s'agglutiner avec la portion d'iris sous-jacente. Pour diminuer cette tache autant que possible, je prescrivis un collyre astringent qui produisit un excellent effet ; et l'enfant ayant un œil bon, on le laissa après trois autres jours se livrer à ses occupations ordinaires. Je conseillai à ses parens de ne pas trop se presser de lui faire faire l'opération de la cataracte. Dans le mois de mai de la même année, je fus appelé de nouveau par les parens de cet enfant qui me priaient très-vivement de combattre l'altération de son œil, et me forcèrent presque à entreprendre l'opération. Examinant donc l'œil malade avec un soin particulier, je m'aperçus qu'il y avait déjà un commencement d'absorption de la cataracte qui présentait un petit trou à son point central. Pour m'assurer de cette circonstance, je fis frotter le pourtour de l'œil malade avec l'extrait de belladone, et, après avoir obtenu la dilatation de la pupille, je reconnus de la manière la plus évidente ce commencement de résorption.

A mesure que cette dilatation se faisait, on voyait quelques adhérences de la capsule du crystallin à l'uvée ; c'est pourquoi j'ordonnai de répéter l'application de belladone tous les 7 ou 8 jours, pour entretenir une dilatation plus considérable de la pupille, et détruire autant que possible ces adhérences ; je prescrivis le calomel à petites doses sous forme de pilules, et à l'extérieur une légère friction mercurielle tous les soirs sur la région sus-orbitaire du côté affecté.

Ce traitement dut être continué pendant 12 ou 15 jours dans le but de favoriser la résorption déjà commencée. Sous l'influence de ces moyens, la cataracte disparut progressivement, et la vision fut rendue au petit malade dans le mois d'août de la même année ; la seule difformité que l'œil présenta fut un léger alongement vertical de la pupille qui fut ainsi rendue légèrement ovale. Ce vice de conformation était causé par l'adhérence peu étendue de l'iris à la cicatrice de la cornée. On remarquait en outre une très-petite tache, au milieu l'ouverture pupillaire (*Annali universali di Medicina*. Avril et mai 1835).

Académie royale de Médecine.

Séance du 26 mai.— Taille et lithotritie.— M. Lepelletier regarde comme impossible tout parallèle entre la taille et la lithotritie, attendu que ce sont des opérations entièrement différentes. Il s'étonne de voir les partisans de la lithotritie reculer devant les résumés statistiques, car celle-ci choisissant ses malades, ce mode de comparaison doit lui être, toutes choses égales d'ailleurs, plus favorable qu'à la taille. M. Velpeau, ajoute-t-il, n'a pas cité les faits les plus favorables à la taille. J'ai taillé dix-huit calculeux à l'hôpital du Mans; un seul est mort, de péritonite chronique, trois mois après l'opération. Un chirurgien de province, d'après M. Marjolin, n'a perdu qu'un malade sur 30. En résumé, dans certains cas, la lithotritie paraît pouvoir rivaliser avec la taille; mais ceci même a besoin de preuves. La statistique est le seul moyen de savoir laquelle de ces deux opérations sauve le plus de malades. — M. Amussat répond que la statistique n'est pas l'unique moyen de comparer deux opérations, mais il n'en indique point d'autre. A propos des opérations non-sanglantes qui doivent, à son avis, l'emporter sur celles qui le sont, il avance que la rentrée d'une hernie étranglée par le taxis, à quelque époque que ce soit, est toujours préférable à l'opération. Du reste, l'Académie ne peut se prononcer formellement pour une opinion ou pour l'autre. M. Velpeau voulait déprécier la lithotritie; cette aggression a été suffisamment repoussée.—M. Velpeau se plaint qu'on le représente comme hostile à la lithotritie, tandis qu'il en est partisan dans certains cas qu'il a précisés de la même manière que M. Amussat lui-même. Mais M. Amussat ne veut pas que la lithotritie soit considérée comme méthode exceptionnelle. Suivant lui, les cas favorables à cette opération comprennent les deux tiers de tous les cas. Mais sur ces deux tiers, il faudrait retrancher les calculeux qui n'ont pas dépassé l'âge de l'enfance, et qui, dans les tableaux présentés par M. Lisfranc lui-même, s'élèvent à la moitié des cas; la taille est donc plus généralement applicable que la lithotritie. D'ailleurs, les lithotriteurs en faisant leur choix, laissent de côté le plus grand nombre des calculeux. M. Amussat a trop rétréci le cadre des complications qui s'opposent à la lithotritie. M. Velpeau fait l'énumération de ces complications. — M. Lisfranc, loin de reculer devant la statistique, a cité des chiffres qui n'auraient pas du être oubliés si facilement. M. Velpeau, ne pouvant enfler la mortalité des calculeux traités par M. Heurteloup, comme il a fait pour M. Civiale, s'est fondé sur des lettres particu-

lières qui mettent en doute la bonne foi de M. Heurteloup. Il somme M. Velpeau de faire connaître ces lettres. M. Velpeau a dit qu'une petite pierre ne se faisait pas sentir. Quelque petite, au contraire, que soit une pierre, elle cause toujours des douleurs suffisantes pour attirer l'attention des malades. On peut reprocher aux médecins qui sont consultés alors, de ne pas sonder leurs malades dès qu'ils se plaignent. Lorsque tout médecin sera convaincu de la nécessité de sonder dès les premiers symptômes, on constatera la présence des petits calculs, et les calculeux lithotritiables seront de plus en plus nombreux. M. Lisfranc cite deux cas nouveaux favorables à la lithotritie et termine en affirmant que la lithotritie s'applique à plus de cas que la taille. — M. Velpeau annonce que les lettres dont il a parlé au sujet de M. Heurteloup, sont de Sir A. Cooper, de M. Liston; qu'il résulte de ces lettres que cinq ou six malades donnés pour guéris par M. Heurteloup, se sont représentés dans les hôpitaux avec la pierre. Chez l'un d'eux on a trouvé des fragmens de calculs anciens formant le noyau des nouveaux calculs. Ces lettres n'attaquent d'ailleurs en rien la probité scientifique de M. Heurteloup. Quant aux faits cités par M. Bancal, et parmi lesquels on a prétendu qu'il y avait quatre cas de guérison, et non deux comme il l'avait dit, il résulte de la lecture de l'ouvrage de ce chirurgien, que dans tous les cas il y a eu tentative de lithotritie, et qu'on n'y trouve qu'un seul fait de guérison bien constatée. M. Breschet, voyant les lithotriteurs et les lithotomistes en deux camps ennemis et imbus d'opinions trop exclusives, propose d'adresser des remercîemens aux divers membres qui ont soutenu la discussion et de passer à l'ordre du jour. — M. Velpeau fait remarquer qu'il ne s'agit pas de décider sur une question en litige. mais bien sur un rapport. — M. Roux repousse cette prétendue division en deux camps. Il sollicite les lithotriteurs de recueillir et de faire connaître des faits détaillés, afin qu'on puisse arriver à des déductions légitimes. — M. Ségalas propose de nommer une commission permanente pour la taille et la lithotritie. Cette proposition n'a pas de suite. — M. Sanson : « On s'est écarté de la question. Nous avons dit dans notre rapport que la lithotritie, appliquée comme méthode générale, donnerait des résultats déplorables; personne ne l'a contesté; mais on s'est tourné d'un autre côté, et on nous a reproché de vouloir déprécier la lithotritie. Nous avions eu le grand tort de la rejeter comme méthode générale. Mais il ne faut pas jouer sur les mots. La taille peut s'appliquer à tous les cas, même à ceux de la lithotritie, tandis que cette dernière ne peut s'appliquer à tous les cas de la taille. Donc la taille est la méthode générale. » M. Sanson précise en peu de mots, les cas où la taille a l'avantage sur la lithotritie et ceux où cette dernière est préférable à la première. — La discussion est continuée à la séance prochaine.

Séance du 30 *mai.* — TÉRATOLOGIE. — M. Ollivier, d'Angers, donne

lecture d'un rapport sur la *description anatomique d'un sujet monstrueux envoyé à M. Bourjot-St.-Hilaire, par M. Petit-Mengin, de Remiremont.* Ce fœtus, du sexe féminin, né à terme et très-vigoureusement constitué, présentait trois vices de conformation : un bec de lièvre avec fissure complète de la voûte palatine ; une destruction partielle du cerveau avec déformation du crâne ; l'absence complète des deux membres supérieurs. La Commission conclut à ce que ce travail soit placé honorablement dans les archives de l'Académie. Adopté.

Séance du 2 juin. — TAILLE ET LITHOTRITIE. — M. Sanson attribue à un mal entendu la vive attaque dont le rapport de la Commission a été l'objet. Il se plaint qu'on l'ait considéré lui et M. Velpeau comme hostiles à la lithotritie, dont tous deux ne blâment que les abus. M. Amussat dit que la lithotritie avait été accueillie avec froideur à son début ; au contraire aucune opération nouvelle n'avait en naissant excité autant de sympathies. M. Amussat a dit aussi que les calculeux fuient les hôpitaux des lithotomistes par effroi pour la taille. Cependant à l'hôpital Necker, où il y a un service spécial pour la lithotritie, il n'y a eu en 1834 que 5 ou 6 calculeux opérés, dont 2 sont morts, et depuis le 1.er janvier 1835, il n'y est entré que trois malades : l'un est mort ; le deuxième a eu des accidens graves ; le troisième n'a pas encore été lithotritié. Tandis qu'à l'Hôtel-Dieu seulement, depuis le commencement de l'année, il est entré cinq calculeux. M. Sanson pense que M. Amussat a tort de repousser la statistique, seul moyen de juger la question. Il persiste à considérer la taille comme la méthode générale, et la lithotritie comme la méthode exceptionnelle, et il reproche à cette dernière d'être longue, douloureuse et d'entraîner des convalescences longues. D'ailleurs est-on sûr de pouvoir toujours constater la présence d'un petit fragment de pierre ? — M. Lisfranc pense qu'on ne doit pas ériger en méthode générale le procédé qui peut à la rigueur être mis le plus souvent en usage, mais bien plutôt celui qui réussit le mieux. La taille est une ressource extrême, que la nécessité seule justifie, et qui ne doit être tentée qu'au défaut de la lithotritie. La lithotritie n'est plus douloureuse que la taille que lorsque le calcul est dur et volumineux, et la vessie malade. On aurait tort de borner les douleurs causées par la taille à celle de l'incision. Il n'est pas exact que la convalescence soit longue après la lithotritie ; ordinairement les malades peuvent vaquer à leurs affaires entre les séances. Il peut arriver quelquefois qu'on laisse quelques fragmens de calculs inaperçus dans la vessie. Mais d'après la manière d'agir des instrumens, l'erreur doit être rare. En effet, on explore d'abord la vessie distendue par l'urine ou par un liquide injecté ; ensuite on évacue le liquide, et dans ce moment la vessie se contractant avec force sur l'instrument explorateur ramène au-devant de lui tous les fragmens de calcul, s'il en existe. Quant à la douleur qui persiste plu-

sieurs jours après le broiement complet, elle n'est pas comparable à celle qui résulte de la présence d'une pierre. Les calculeux ne s'y méprennent point. — M. Amussat regarde comme incompétens dans la question les chirurgiens qui se sont livrés exclusivement à l'une des deux opérations. En effet, ils font l'autre très-mal et sont invinciblement entraînés à donner la préférence à celle dans laquelle ils sont très-exercés. Pour lui, il a étudié et pratiqué avec autant de soins la taille et la lithotritie, qu'il a cherché toutes les deux à perfectionner. Il a remarqué, en conscience, que la lithotritie doit passer avant la taille. On aurait tort de condamner tous les enfans calculeux et toutes les femmes dans le même cas, à être taillées. Un enfant de 6 à 12 ans, dont le canal est large, dilatable, et qui supporte bien le cathétérisme, doit être lithotritié. Les femmes, chez qui le canal de l'urètre est plus court et plus droit que chez l'homme, appartiennent spécialement à la lithotritie. Pour les vieillards, quand ils sont dans des conditions favorables, il faut lithotritier; mais quelquefois la taille est la seule ressource. Cependant, même alors, dans la plupart des cas, il faut tenter la lithotritie, avant de recourir à la taille. On a trop exagéré les dangers qui résultent des tentatives de lithotritie. M. Amussat termine en invitant les chirurgiens des hôpitaux à étudier et à pratiquer plus souvent une opération qu'ils veulent juger. — La discussion étant close, M. Velpeau, rapporteur, la résume à grands traits. L'Académie adopte les conclusions du rapport, abstraction faite des opinions émises dans ce rapport au sujet de la valeur relative de la taille et de la lithotritie.

Séance du 9 juin. — M. Crémieux adresse à l'Académie 50 exemplaires du mémoire qu'il a publié à l'occasion de l'affaire Thouret-Noroy. — L'Académie lui vote une lettre de remerciemens. — M. Ferrus lit un rapport sur l'hygiène des maisons de détention. — M. Blandin présente une jeune fille chez laquelle il a réparé la paupière inférieure, en empruntant un lambeau à la partie antérieure de la tempe.

Séance extraordinaire du 20 juin. — M. Goyrand donne lecture d'un mémoire sur la hernie *inguino-interstitielle*, ou encore contenue dans le canal inguinal. — Renvoyé au comité de publication. — M. Fiard communique à l'Académie ses *recherches statistiques sur les naissances, les décès causés par la petite vérole, et les vaccinations gratuites, dans la ville de Paris, pendant les dix-huit dernières années.* — Renvoyé au comité de publication. — M. Scipion Pinel lit une notice historique *sur Bicêtre, en* 1792. — Renvoyé au comité de publicatien. — M. Louyer-Villermay lit un rapport sur les enfans épileptiques et idiots de l'hospice de la rue de Sèvres.

Séance du 23 juin. — Suivant MM. Lodibert, Chervin et Virey, l'huile essentielle de *chenopodium anthelminticum*, sur laquelle le ministre demande un rapport, n'est pas d'application nouvelle; elle a été em-

ployée, il y a long-temps, en France et en Amérique, comme purgative et vermifuge. — Sur la demande de M. Castel, on adjoint MM. Desgenettes et Larrey à la Commission chargée de s'occuper de tout ce qui a trait à la peste. — M. Ferrus termine son rapport sur les prisons. Les conclusions en sont adoptées.

La séance publique de l'Académie aura lieu le 7 juillet prochain. Samedi 29 juin, séance extraordinaire pour entendre la Commission chargée des sujets de prix.

Académie royale des Sciences.

Séance du 4 mai. — Emploi de la gélatine comme substance alimentaire. — M. Donné lit un second mémoire dans lequel il se propose principalement de prouver :

1.° Que l'emploi de cette substance a été proposé et adopté pour la nourriture des pauvres et des malades des hôpitaux sans que les propriétés alimentaires de cette substance aient été démontrées autrement que par analogie ;

2.° Qu'avant les expériences directes, entreprises par l'auteur sur ce sujet, personne n'avait recherché la véritable action de cette substance sur l'homme et sur les animaux dans des conditions appréciables ;

3.° Que depuis son adoption dans le régime des hôpitaux, et surtout depuis les doutes soulevés par lui, M. Donné, des faits nombreux et des témoignages imposans déposent contre les deux qualités principales attribuées à la gélatine, sa bonté comme substance alimentaire et l'économie apportée par son usage dans la dépense de nos grands établissemens de charité.

A l'appui de la première proposition, l'auteur analyse les différens écrits publiés par M. Darcet. Tous ces raisonnemens, dit-il, partent de ce principe, que le bouillon ordinaire ne devant ses qualités nutritives qu'à la gélatine de la viande dissoute par l'eau bouillante, il est possible de faire un bouillon factice autant et plus nourrissant que l'ordinaire en dissolvant dans l'eau une certaine proportion de gélatine sèche, et que pour le rendre semblable à l'autre de tout point, il suffira d'y faire cuire des légumes et un peu de viande pour l'aromatiser. Il y a cependant, poursuit M. Donné, une expérience directe et alléguée, c'est celle de ce chien qui fut nourri cinquante-quatre jours uniquement avec de la gélatine, et se porta toujours bien pendant ce temps, sans qu'on remarquât dans ses fonctions rien d'extraordinaire, sinon que ses selles furent supprimées dès le sixième jour. A cette expérience, M. Donné opposa plusieurs autres expériences dans lesquelles il ne parvint jamais à faire vivre les chiens

ainsi nourris, et d'autres expérimentateurs n'ont pas depuis mieux réussi, même en adjoignant à la gélatine une certaine proportion d'alimens ordinaires.

Quant aux expériences faites par une commission de l'Académie de médecine, M. Donné les regarde comme peu concluantes : 1.° en ce qu'elles ont eu lieu à une époque où on n'avait pas encore élevé de doutes sur les propriétés alimentaires de cette substance, et où, par conséquent, on se montrait moins difficile sur les preuves qu'on regardait comme surabondantes ; 2.° en ce que la gélatine essayée alors n'était pas celle dont on use aujourd'hui, la gélatine produite par les appareils à la vapeur établis postérieurement par M. Darcet, mais la gélatine obtenue en traitant les os par l'acide hydrochlorique. M. Donné pense, en effet, que l'excès de chaleur qu'on ne parvient pas toujours à prévenir dans le nouveau mode de préparation, altère assez fréquemment la substance. De plus, le rapport dont il est ici question ne contenait pas, dit M. Donné, d'expériences directes sur les propriétés alimentaires proprement dites de la gélatine, et l'on sait combien il est facile d'être trompé en cherchant à s'assurer des propriétés nutritives d'une substance quelconque quand on fait les expériences dans un hôpital où il y a un système de contrebande régulièrement établi pour l'introduction d'alimens venant du dehors.

Nous nous contenterons de rappeler que M. Donné se sentait tourmenté de la faim, en prenant par jour avant le diner, avec un quarteron de pain environ, une quantité de 20 à 50 grammes de gélatine, qui cependant, suivant M. Darcet, équivalait de deux à cinq litres de bon bouillon ; et qu'un chien auquel il donnait avec la même quantité de pain, de 120 à 240 grammes de gélatine, refusa le quatrième jour de manger de la gélatine, et maigrit notablement.

Pour la troisième proposition, qui est réellement l'objet principal du mémoire, M. Donné l'appuie d'un grand nombre de documens; mais d'abord il commence par rappeler quelle était autrefois l'opinion de M. Darcet sur les qualités du bouillon de gélatine.

Dans les notes que ce savant a jointes au rapport fait en 1814, il s'exprime ainsi : « Le bouillon fait de cette manière se prend facilement en gelée par le refroidissement, ce qui n'arrive que rarement au bouillon de viande ; il a aussi l'avantage de se conserver plus longtemps que ce dernier dans les temps chauds et orageux. » Depuis, dans une note publiée en 1829, il dit positivement que « la dissolution gélatineuse n'étant pas plus concentrée que le bouillon de viande, étant alcaline et n'étant pas salée, prend souvent une mauvaise odeur, surtout dans l'été, si on l'abandonne à elle-même ; mais qu'il est facile d'éviter cet inconvénient en acidulant la solution avec de l'acide lactique, de l'acide tartrique, etc. »

M. Donné passe de là à l'examen d'une pièce fort importante pour

la solution de la question, et qui n'a pas encore été publiée, au rapport fait par les médecins de l'Hôtel-Dieu, sur la demande du conseil-général des hospices. MM. Gueneau de Mussy, Husson, Honoré, Sanson aîné, Gendrin, Petit, Caillard, Breschet, Récamier, Magendie et Dupuytren, établissent dans ce rapport daté du 8 octobre 1831 :

1.° Que le bouillon préparé avec la dissolution gélatineuse et de la viande, a une couleur louche, une odeur et une saveur nauséabonde ; qu'il n'a ni les qualités odorantes, ni la sapidité indispensables pour que le bouillon soit de bonne qualité, et qu'il n'exerce pas sur les organes digestifs l'action nécessaire pour que la digestion soit facile.

2.° Que la viande cuite dans la dissolution gélatineuse a une couleur rouge qui répugne à ceux à qui on la donne comme aliment.

3.° Que le procédé d'extraction, fût-il plus parfait, ne change pas encore la nature de *la gélatine* qui n'est pas un bon aliment, si même elle est nutritive.

Ce rapport est terminé par l'expression du désir de voir faire le bouillon des malades par l'ancienne méthode. Les auteurs ayant été informés que le conseil, avant de prendre une détermination sur leur rapport, avait décidé de consulter les médecins de l'hôpital Saint-Louis, adressèrent à ce sujet, à un des membres de la commission administrative, une lettre dans laquelle ils demandaient que provisoirement on suspendît l'emploi de la gélatine dans le régime alimentaire, et qu'on n'obligeât pas les malades à continuer l'usage d'un *aliment sur la mauvaise qualité duquel tous les médecins de l'hôpital étaient d'accord.*

Le conseil faisant droit à cette demande ordonna la suspension *provisoire* de l'emploi de la gélatine dans le régime de l'Hôtel-Dieu, et depuis cette époque on n'y est pas revenu. Cette substance a de même cessé de faire partie du régime alimentaire dans les hôpitaux de la Charité et du Val-de-Grâce.

Comment se fait-il, poursuit M. Donné, que les médecins de l'hôpital Saint-Louis fassent seuls exception, et que dans cet établissement l'appareil pour la préparation de la gélatine ait jusqu'à présent continué à fonctionner à la satisfaction, comme on l'a si souvent répété, des médecins, des malades et des gens de service ?

On ne s'est pas encore, dit M. Donné, expliqué clairement sur ce point qui mérite pourtant bien d'être éclairci. « Je n'ai pas été, poursuit-il, questionner les médecins et les malades pour savoir si tous approuvent en effet le régime alimentaire de leur établissement : je n'entrerai dans aucun détail sur la destination particulière de cet hôpital dans lequel les malades affectés de maladies éruptives sont généralement exempts d'affections des voies digestives, je me contenterai de citer un fait positif ; c'est qu'*à l'hôpital Saint-Louis la gélatine entre comme supplément dans le régime alimentaire, et nullement en*

déduction d'autres substances. Dans ce cas, où est l'avantage de la gélatine? Je n'en conçois absolumant aucun, et je vois un surcroit considérable de dépenses. »

M. Donné cite encore de longs passages de deux rapports faits par la commission administrative, et qui signalent divers inconvéniens attachés à l'emploi de la gélatine comme substance alimentaire. Dans l'un d'eux, en date du 25 mai 1831, on rappelle les efforts qui ont été tentés pour clarifier le bouillon et lui enlever l'apparence désagréable qu'il a dans l'écuelle des malades; l'écume produite par la dissolution gélatineuse est de telle nature qu'elle ne peut être enlevée que par un tamis de soie, et les moyens empruntés à la chimie pour arriver à ce but n'ont pas eu un succés complet, quoiqu'on ait suivi exactement les indications fournies par M. Darcet lui-même.

Le rapporteur ajoute « qu'il y a peu d'économie à espérer de l'application de la gélatine au régime des hospices où les vieillards, presque tous valides, doivent recevoir la portion entière de viande qui leur est assignée par le réglement. » Il estime enfin la mise de fonds pour en établir l'usage à Bicêtre à 20,000 fr., et la dépense annuelle à 10,265 fr., *sans aucune compensation.*

M. Donné rappelle ensuite quelques-uns des travaux qui ont été soumis à l'Académie depuis la lecture de son mémoire. Quelques-uns, dit-il, ont éludé la question sous le point de vue chimique, et sous ce rapport le travail de M. Gannal me paraît offrir des idées nouvelles qui méritent de fixer l'attention. Quant aux expériences de MM. Edwards et Balzac, elles sont, comme on le sait, en opposition avec les miennes; la commission de l'Académie devra en apprécier la valeur, et peser les conclusions que l'on en tire avec les faits avancés par les médecins de l'Hôtel-Dieu, et avec les autres documens que j'ai rapportés.

M. Donné termine en citant une communication qu'il a reçue relativement à l'emploi de la gélatine à Rouen. Les malades s'en plaignent. Quant aux militaires, l'autorité compétente a réclamé pour qu'on leur donnât du bouillon ordinaire.

CIRCULATION DANS LES VAISSEAUX CAPILLAIRES. — M. Poiseulle lit des recherches sur la cause du mouvement du sang dans ces vaisseaux.

Quand on observe dans les vaisseaux capillaires des batraciens le cours des globules sanguins au milieu du sérum qui leur sert de véhicule, on voit qu'ils n'ont pas tous une vitesse uniforme, ce qui a porté quelques personnes à supposer que ces globules avaient en eux un principe de mouvement indépendant de l'impulsion qu'ils reçoivent en commun du cœur, et on appuyait cette opinion sur le fait qu'ils continuent encore quelque temps à se mouvoir après qu'ils ont été soustraits à l'influence de cet organe. L'hypothèse du mouvement

spontané du sang n'ayant pas paru admissible à l'auteur, il a cherché à apprécier rigoureusement l'influence du cœur et des artères sur la circulation capillaire, et ensuite les causes auxquelles étaient dus les mouvemens du sang dans les parties entièrement séparées du corps. Des expériences faites avec le plus grand soin l'ont conduit à reconnaître que le cœur, et l'élasticité des parois artérielles provoquée par les contractions de cet organe, étaient les seuls agens de la circulation dans les vaisseaux capillaires. Si le sang continue à se mouvoir dans une partie complètement isolée du cœur, cela tient en partie à l'élasticité des vaisseaux, en partie à la pression atmosphérique : deux causes qui tendent également à produire l'expulsion du sang primitivement contenu dans leur cavité. Le mouvement des globules, du reste, se ralentit jusqu'au moment où les vaisseaux, étant presque vides, il n'y a plus d'écoulement par les ouvertures résultant de la section.

Il restait maintenant à rechercher la cause de l'inégalité dans la vitesse de la marche des globules. En examinant sous un grossissement suffisant le cours du sang dans les veines et les artères de la grenouille, etc., on voit en allant de l'axe du vaisseau vers les parois, la vitesse des parois de moins en moins grande. Tout près des parois on observe un espace qui n'est occupé ordinairement que par du sérum. Cet espace a une largeur égale au huitième ou dixième environ du diamètre du vaisseau. Ce fait, déjà observé par Spallanzani, l'avait été depuis par M. de Blainville.

Lorsque des globules arrivent en tournoyant dans cette couche voisine des parois, ils ne perdent entièrement leur mouvement que lorsqu'ils sont arrivés presqu'au contact du vaisseau ; les globules les plus voisins de cette couche immobile semblent rouler sur elle. Ceux qui n'y sont engagés que par une portion de leur épaisseur, ont un mouvement qui est ralenti en proportion de la portion de leur diamètre qui y pénètre. L'inégalité dans la résistance qu'éprouvent les deux parties du globule, l'une de la part d'un liquide immobile, l'autre de la part d'un liquide qui se meut dans la même direction qu'elle, explique le tournoiement observé.

Les travaux de M. Girard, sur l'écoulement des liquides dans les tubes de petit diamètre, avaient d'ailleurs établi le même fait pour les tubes inertes, susceptibles d'être mouillés par le liquide qui s'y meut. L'existence de cette couche liquide, immobile, n'est donc pas propre exclusivement aux vaisseaux sanguins ; mais dans ce cas elle a un effet utile, et en s'opposant au frottement des globules contre les parois, elle en prévient l'usure.

M. Poiseulle a étudié l'influence du froid et de la chaleur sur l'épaisseur de la couche immobile Il a vu qu'un abaissement de température augmentait notablement l'épaisseur de cette couche, et rétar-

dait par conséquent beaucoup le cours du sang. Cet effet était surtout très-prononcé dans les capillaires, et lorsque les parties étaient plongées dans un bain à 0°, le cours du sang était presque entièrement arrêté dans beaucoup de vaisseaux capillaires, sans qu'il y eût diminution sensible dans leur calibre. En portant au contraire à 38° la température du bain, le mouvement des globules devenait extrêmement rapide.

Ces résultats s'accordent entièrement avec ceux de M. Girard sur la variation d'épaisseur de la couche qui tapisse les parois des tubes inertes lorsque la température augmente ou diminue.

M. Poiseulle recherche ensuite l'influence de la pression extérieure sur le mouvement des globules. On sait que certains animaux, tels que les poissons et quelques mammifères amphibiens, se trouvent quelquefois placés à une distance de la surface de l'eau, de 80 mètres environ, et supportent alors une pression de sept à huit atmosphères. Pour placer les animaux sur lesquels il observait dans des circonstances analogues, l'auteur a imaginé un appareil pneumatique dans lequel il peut, au moyen d'une pompe, produire une pression de 3, 4, 6 ou même 8 atmosphères, ou sous-double, ou sous-triple, etc. Une glace permet d'observer le cours du sang dans ces différens cas, et l'on reconnaît que toutes les circonstances étant égales d'ailleurs, quelque variation qui survienne dans la pression, le cours du sang conserve la même vitesse.

Le même appareil a servi à M. Poiseulle pour étudier l'influence qu'ont certains milieux gazeux sur la circulation capillaire. Il exposera les résultats de ses expériences dans un prochain mémoire.

Séance du 25 mai. — Calculs vésicaux. — M. le docteur Ségalas présente des fragmens d'une pierre qui paraît s'être divisée spontanément dans la vessie d'un vieillard de 70 ans. Ces fragmens, au nombre de plus de 300, et tels que M. Ségalas les a trouvés à l'autopsie, sont de volume très-divers, la plupart de forme anguleuse. On dirait un calcul brisé par le marteau. Ils ont une texture ferme et sont composés presqu'exclusivement d'acide urique.

Le malade n'avait ressenti aucune incommodité qui pût l'avertir de la présence de ses calculs; dix jours seulement avant sa mort, il fut atteint d'une rétention d'urine qui obligea à le sonder et même à laisser à demeure une sonde de gomme élastique. Dans les premiers jours de la maladie, il avait bu une assez grande quantité de vin blanc, parce qu'on lui avait persuadé que c'était un excellent moyen de rétablir le cours des urines.

A l'autopsie on trouva la vessie hypertrophiée, la muqueuse était rouge et enflammée, dans le bas-fond les calculs étaient au milieu d'un liquide semblable à de la lie de vin. La surface interne des uretères était injectée, les reins étaient doubles du volume ordinaire, le gauche

était ramolli et rempli d'une sanie purulente. La prostate avait trois fois le volume ordinaire.

M. Ségalas expose les motifs qui lui font considérer la division comme récente. Il établit ensuite que le cathétérisme pratiqué sur le malade n'a pu amener la rupture. Il pense que l'usage que cet homme avait fait du vin blanc, en augmentant beaucoup la sécrétion des urines, a amené la séparation spontanée des parties du calcul. Il cite à l'appui de cette opinion le fait de fragmens semblables rendus par un malade qui avait été soumis quelque temps à l'usage des eaux de Contrexeville, eaux qui ne pouvaient guère agir autrement qu'en augmentant la sécrétion des urines.

Séance du 25 mai. — PESTE D'ALEXANDRIE. — M. Chervin adresse un fragment d'une lettre écrite du Caire, le 26 mars, par M. Clot, en réponse à quelques questions qu'il avait adressées à ce médecin relativement à l'origine et au mode de propagation de la peste qui ravage en ce moment l'Égypte.

Il m'est impossible, dit M. Clot, de répondre catégoriquement aux questions que vous m'adressez, jusqu'à ce qu'un plus grand nombre de faits et d'observations aient permis de prononcer d'une manière positive. Je me bornerai donc à vous donner un court exposé de nos travaux et de ce qui a été fait jusqu'à présent.

Le nombre des médecins qui se trouvent tant à Alexandrie qu'au Caire ne s'élève pas à plus de vingt. La plupart, grands contagionistes, se couvrent de toile cirée, s'arment de longs bâtons, et ne voient les malades qu'à une certaine distance; ils admettent que la maladie peut se communiquer par le contact le plus léger, et ne croient pas à son caractère épidémique; d'autres, moins peureux, ne s'encapuchonnent pas, mais évitent de toucher les malades et leurs effets (probablement leurs vêtemens), et ne tâtent le pouls qu'au travers d'une feuille de tabac, ou après avoir trempé leur main dans l'huile ou le vinaigre. Quelques-uns, dans l'incertitude où ils sont sur la contagion, n'en prennent pas moins quelques précautions.

La peste, poursuit l'auteur de la lettre, n'a commencé à Alexandrie qu'en novembre; depuis un mois seulement elle y est meurtrière et a déjà enlevé près de 20,000 personnes. Elle s'est manifestée au Caire dans les derniers jours de décembre, et n'y a pris un caractère grave que depuis une quinzaine de jours (environ depuis le 16 mars).

La plupart des médecins d'Alexandrie veulent que la peste y ait été importée, ce qui peut être, mais n'a pas encore été bien prouvé. Ils ne croient pas non plus à l'épidémie, tandis que d'autres et nous-mêmes en sommes bien convaincus. La question de la contagion est trop grave et trop compliquée pour pouvoir se traiter dans une simple lettre. Nous avons observé quelques faits qui tendraient à prouver la transmission, mais combien y en a-t-il qui ne permettent pas de l'ad-

mettre. Par exemple, nous sommes six médecins qui touchons les malades, nous passons plusieurs heures auprès de leurs lits, nous faisons les ouvertures des cadavres dans un lieu resserré; des élèves en médecine, des infirmiers, etc., etc., sont aussi en rapport avec ces mêmes malades, et jusqu'à présent aucun accident n'a eu lieu. La maladie a commencé en novembre à Alexandrie; les premiers accidens au Caire n'ont eu lieu qu'en janvier, et les communications étaient libres entre Rosette, Damiette, qui n'ont pas été affectées, et le Caire où elle n'est arrivée qu'au bout de deux mois. L'isolement dans l'intérieur des maisons n'en garantit point, et en effet il vient de mourir à Alexandrie plusieurs Francs, qui certainement observaient la plus rigoureuse quarantaine. La maladie s'est même déclarée à bord de navires européens qui étaient dans l'isolément le plus complet. On a remarqué jusqu'à présent que les classes pauvres en étaient plus affectées que les autres; les Maltais principalement, qui sont les plus malpropres et dont le tempérament a le plus d'analogie avec celui des Arabes.

On ne saurait, poursuit M. Clot, attribuer son développement à la grande inondation, ni à un mauvais système d'inhumation, car pendant les années qui viennent de s'écouler il y a eu aussi de grandes inondations; le choléra-morbus en 1831 n'a pas fait faute de tombeaux, et les inhumations n'ont jamais été plus mal faites qu'elles ne le furent alors.

Quant aux mesures prises par la commission sanitaire à l'effet de prévenir le développement de la maladie, il est bien démontré, assure M. Clot, qu'elles n'ont fait au contraire que le favoriser. Cette commission, composée d'hommes étrangers à l'art et contagionistes outrés, a soumis à une quarantaine de vingt-quatre jours les bâtimens venant de Smyrne où la peste ne règne pas; les navires venant de Marseille sont aussi mis en observation, à cause du choléra qu'on dit exister dans cette ville, et il meurt 200 personnes par jour à Alexandrie.

Séance du 1.er juin — M. Larrey fait un rapport peu favorable sur le procédé de M. Gerdy pour la cure radicale des hernies. L'honorable académicien s'appuie, pour motiver son opinion, sur des considérations anatomiques, sur ce que le brayer suffit à la guérison dans les cas indiqués par M. Gerdy, sur ce que le passage des aiguilles, contrairement à ce qu'a vu M. Gerdy, doit être fâcheux; enfin sur la supposition que la compression exercée sur le cordon, peut amener l'atrophie des parties. — Le même membre fait encore un rapport également défavorable sur une autre méthode de guérison des hernies proposée par M. Ramier, et qui consiste à inciser l'anneau pour y passer un séton.

L'Académie procède à l'élection d'un membre correspondant pour

la place devenue vacante, dans la section de médecine, par la mort de M. Blane, de Londres. Les candidats présentés par la section sont : MM. Bretonneau, à Tours ; Abercrombie, à Edimbourg ; Fleury, à Toulon, et Bellingeri, à Turin. — M. Bretonneau est nommé au premier tour de scrutin.

Séance du 15 juin. — HERNIES. — M. Gerdy écrit à l'Académie pour demander qu'on veuille examiner deux personnes qu'il a guéries de hernies par le procédé sur lequel M. Larrey a fait un rapport peu favorable. Il regrette de n'avoir pu déterminer M. le rapporteur à voir pratiquer cette opération, et à constater ensuite l'état des malades qui l'auraient subie.

Séance du 22 juin. — AMPUTATION DE LA CUISSE DANS L'ARTICLE PAR LA MÉTHODE OVALAIRE. — M. Scoutetten, chirurgien de l'hôpital d'instruction à Metz, annonce qu'il vient de pratiquer l'amputation de la cuisse dans l'article, d'après le procédé ovalaire, procédé qui lui est propre. Le malade, sur lequel il avait d'abord fallu lier préalablement l'artère, ce qui est déjà une opération très-grave, est dans un état satisfaisant au moment où écrit M. Scoutetten, c'est-à-dire huit jours après cette effrayante opération. L'auteur en adresse une description détaillée, sur laquelle MM. Roux, Breschet et Magendie sont chargés de faire un rapport.

AMPUTATION DE LA MACHOIRE. — M. Gerdy annonce qu'il a amené, pour être examiné par les membres de l'Académie, un homme à qui il a pratiqué l'amputation de la mâchoire inférieure, et qui, après la cicatrisation, n'offre pas de difformité sensible, et n'éprouve, pour ainsi dire, pas de difficulté dans la prononciation.

DISSOLUTION DES CALCULS DANS LA VESSIE. — M. Bonnet, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse un exposé sommaire de quelques expériences qu'il a faites sur la dissolution des calculs vésicaux, au moyen de la pile voltaïque. Voici les résultats auxquels il est parvenu : 1.° il a porté sur les calculs urinaires des acides ou des alcalis, sans que ces réactifs puissent se répandre dans l'urine que contient la vessie ; 2.° il évite, dans le choix des dissolvans, l'incertitude qui peut résulter de la variété que présentent les calculs, solubles tantôt dans les acides, tantôt dans les alcalis. De là à une dissolution prompte et complète, et surtout à une dissolution sur le vivant, la différence est immense ; M. Bonnet en convient ; mais il ajoute qu'elle n'est point infranchissable ; c'est ce que l'expérience apprendra.

TEMPÉRATURE DE L'INTÉRIEUR DES ORGANES. — M. Becquerel dépose un premier mémoire sur la chaleur animale, et donne de vive voix une idée des observations qui y sont consignées, et qui lui sont communes avec M. Breschet.

Nous avons déjà rendu compte des premiers résultats obtenus par

ces deux académiciens, et de l'appareil qu'ils employaient. Dans leurs nouvelles recherches, l'instrument est construit encore d'après le même principe: seulement il a subi quelques modifications destinées à en rendre les indications plus précises. Les instrumens indispensables sont des aiguilles et des sondes, formées de deux métaux différens soudés en quelques points, et un multiplicateur très-sensible; celui qu'ils ont employé l'est assez pour que l'aiguille indique par une déviation d'un degré une différence de 1/10 de degré centigrade de température entre les deux soudures.

Des résultats consignés dans leur mémoire et qui y sont présentés sous forme de tableaux, les deux auteurs tirent les conclusions suivantes:

1.° Il existe une différence bien marquée entre la température des muscles et celle du tissu cellulaire dans l'homme et les animaux; différence qui parait dépendre de la température extérieure, de la manière dont l'individu est vêtu et recouvert, et de plusieurs autres causes qui méritent d'être étudiées. Dans l'homme, les muscles offrent une différence en plus de température qui varie de 2° 25 à 1 degré 25. Les corps vivans se trouvent donc dans le cas d'un corps inerte dont on a élevé la température, et qui est soumis à un refroidissement continuel de la part du milieu ambiant. Ce refroidissement se fait sentir d'abord à la surface, puis gagne successivement les couches intérieures jusqu'au centre.

2.° La température moyenne des muscles de trois jeunes gens de vingt ans, a été trouvée d'environ	36,°77 cent.
Davy avait trouvé pour la chaleur humaine en général,	36, 66
M. Despretz, pour la température moyenne de neuf hommes âgés de 30 ans,	37, 14
Pour celle de quatre hommes de 58 ans,	37, 13
De quatre jeunes gens au-dessous de 13 ans,	36, 99

Le résultat obtenu par le nouveau procédé est, comme on voit, à-peu-près la moyenne des températures obtenues par MM. Desprets et Davy, à l'aide du thermomètre, instrument dont l'emploi est très-restreint, et qui n'accuse pas immédiatement la température du milieu dans lequel on le plonge.

3.° La température moyenne des muscles de plusieurs chiens est de 38°30; tandis que M. Desprets assigne pour la température du même animal 36°48. La différence qui est comme de plus d'un degré, a porté MM. Becquerel et Breschet à répéter plusieurs fois leurs observations, et jamais ils n'ont obtenu une température aussi élevée que celle assignée par M. Despretz; ils pensent que la différence tient à des circonstances accidentelles dont ce physicien n'aura pas tenu compte.

Ils font remarquer que la température des muscles éprouve des

changemens notables en raison de l'état de santé de l'individu ; c'est ce qui explique les légères variations qu'ils ont observées sur le même sujet dans deux expériences différentes.

4.° Dans le chien, la température de la poitrine, de l'abdomen et du cerveau est sensiblement la même et égale à celle des muscles.

5.° La carpe ordinaire n'a donné qu'une différence d'un demi-degré en plus entre la température de son corps et celle de l'eau.

La température des muscles, ainsi qu'il a été dit, éprouve des changemens en vertu de plusieurs causes physiques dont les principales sont les contractions, le mouvement et la compression. La contraction d'un muscle, répétée, peut élever la température d'un demi-degré au moins. Si cette contraction a lieu dans des mouvemens généraux violens et répétés sans interruption pendant quelques minutes, l'élévation de température est quelquefois de plus d'un degré centigrade.

La compression d'une artère amène au contraire dans les muscles auxquels cette artère se distribue, un abaissement de quelques dixièmes de dégré.

Dans un prochain mémoire, les auteurs s'occuperont de la mesure des températures pour le sang artériel et le veineux, et pour les diverses parties du corps de l'homme et des animaux qui ne sont pas à l'état normal : on pourra juger alors de quelle manière l'état pathologique modifie la chaleur propre à chacune de ses parties.

VARIÉTÉS.

Responsabilité médicale. — Arrêt de la Cour de cassation dans l'affaire de M. THOURET-NOROY.

Nos lecteurs se rappellent sans doute les circonstances du procès intenté à M. Thouret-Noroy, procès dont tous les Journaux de médecine ont retenti dans le temps. M. Thouret-Noroy s'était pourvu en cassation contre l'arrêt de la Cour royale de Rouen : la cause a été appelée le 18 de ce mois à la Cour de cassation. Après une brillante plaidoierie de M. Crémieux pour M. Thouret-Noroy, et le réquisitoire de M. le procureur-général Dupin, qui a conclu au rejet du pourvoi, la Cour a rendu l'arrêt suivant :

Attendu que les considérans de l'arrêt attaqué sont fondés sur des faits de négligence grave et notamment d'abandon du malade dans des circonstances périlleuses ; que ces faits sont purement matériels, et que la Cour royale était compétente pour les apprécier ; qu'il ne renferme conséquemment aucune violation de la loi du 19 ventôse

an XI, qu'en appliquant à ces faits les art. 1382 et 1385 du Code civil, l'arrêt, loin de violer la loi, en a fait une juste application ; la Cour rejette le pourvoi.

— La Société de Médecine de Paris met au concours la question suivante : « *Déterminer quelles sont, dans les affections dites* typhoïdes, » *les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires.* » Un prix de sept cents francs sera destiné au meilleur mémoire.

Les concurrens devront adresser leurs travaux *franco*, et dans les formes ordinaires (1), avant le 1.er juillet 1836, à M. Forget, secrétaire-général de la Société de Médecine, rue de Savoie, N.° 13.

— M. Ferrus, médecin des aliénés de l'hospice de Bicêtre, va commencer ses conférences sur les aliénations mentales, dans l'un des pavillons de l'Ecole de Médecine. L'affluence des élèves à ces cours pratiques, que M. Ferrus fait avec tant de succès depuis deux ans, prouve et le mérite du professeur, et l'utilité de cet enseignement, complément nécessaire de fortes études médicales.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies de la peau, avec un atlas in-4.° contenant 100 figures gravées et coloriées ; par P. Rayer, *médecin de l'hôpital de la Charité, etc.* 2.° *édition, entièrement refondue.* Paris, 1835 ; in-8.°, 3 vol. Chez Baillière.

Cette seconde édition du *Traité des Maladies de la peau* a subi de telles améliorations et a reçu des additions si nombreuses et si importantes, que c'est en réalité un nouvel ouvrage. Le passage suivant, extrait de ce Traité, est propre à donner une idée de l'esprit dans lequel il a été composé : « L'observation de chaque jour rend de plus en plus frappante cette vérité, que l'étude des maladies de la peau ne peut être séparée de la pathologie générale et de celle des autres affections morbides avec lesquelles elles ont des rapports nombreux et variés. En effet, la connaissance de ces maladies embrasse celle des infections générales, des vices héréditaires, des effets du régime, etc. ; elle comprend celle des maladies qui les ont précédées, des lésions inter-

(1) Chaque mémoire anonyme portera une épigraphe, laquelle sera répétée dans un billet cacheté contenant le nom et la demeure de l'auteur.

nes qui les accompagnent, l'appréciation des modifications organiques qui succèdent à certaines éruptions, la prévision des maladies qui peuvent survenir après leur disparition, etc. : mais pour que ces vues générales acquièrent une utilité pratique, pour qu'elles puissent être appliquées avec fruit au traitement des affections cutanées, l'étendue de ces rapports et de ces influences, frappante dans quelques cas, contestée ou tout-à-fait nulle dans quelques autres, doit être étudiée et appréciée autant que possible dans les espèces et même dans les individualités morbides, avec toutes leurs considérations et tous leurs élémens »

Nos connaissances sur les maladies de la peau, comme celles que nous possédons sur les autres branches de la pathologie, n'ont pu être acquises que par des travaux successifs que M. Rayer a cru devoir indiquer dans une *introduction* placée en tête du premier volume. Cette partie historique, beaucoup plus complète que dans la première édition et que dans aucun autre ouvrage, sera consultée avec fruit par tous ceux qui aiment à suivre les progrès de la science, dans un tableau exact, dans une appréciation juste et consciencieuse des faits et des travaux dont notre art s'enrichit chaque jour. En effet, on est frappé des vues profondes d'Hippocrate sur les caractères généraux des maladies de la peau, sur leurs rapports avec les autres maladies, avec les saisons, les âges et la constitution ; et, il faut le dire, c'est en se plaçant à ce point de vue élevé, que les thérapeutistes ont déduit, après de nombreuses expériences, les préceptes les plus importans. Toutefois ces vues, pour devenir pratiques, avaient besoin d'être fortifiées par des considérations particulières aux espèces morbides et aux faits individuels. Suivant M. Rayer, Celse a formulé les observations faites dans cette direction ; il n'étudie pas, comme Hippocrate, les éruptions cutanées relativement à leur origine et aux crises qu'elles présagent ; mais ses descriptions individuelles sont plus complètes, et elles sont remarquables en outre par leur précision, leur exactitude et l'excellence des préceptes thérapeutiques.

Un des grands avantages des études historiques est d'inspirer un éloignement salutaire pour les idées purement théoriques qui surchargent et obscurcissent les descriptions des maladies, qui font négliger l'étude de leurs caractères essentiels, physiques et appréciables à nos sens, pour y substituer des caractères imaginés ; sous ce rapport, il suffit de comparer les théories humorales aux écrits légitimes d'Hippocrate et à l'ouvrage de Celse, pour voir tout ce que l'on perd lorsqu'on s'écarte de l'observation et de la voie expérimentale. Ces graves défauts de Gallien ne peuvent être rachetés par quelques observations particulières sur l'éléphantiasis, l'herpès, etc.

M. Rayer rappelle ensuite combien la pathologie cutanée a été redevable aux travaux des médecins arabes, qui, s'ils ont propagé les

théories galéniques, ont, d'un autre côté, fait connaître la variole, la rougeole, l'éléphantiasis, et plusieurs agens thérapeutiques d'une application fréquente, ou très-efficaces.

Les premiers ouvrages de la renaissance des sciences reproduisirent les travaux des médecins grecs et arabes; mais deux grandes épidémies (la lèpre et la syphilis du moyen âge), donnèrent lieu à des travaux originaux. Plus tard des hommes imbus des doctrines hippocratiques, ou qu'un goût naturel portait vers l'observation, recueillirent et publièrent des faits particuliers qui auraient certainement puissamment contribué aux progrès de la pathologie cutanée, si les auteurs des traités généraux les avaient plus soigneusement consultés, et c'est avec raison que M. Rayer a fait une mention particulière de quelques observateurs, tels que Lazare Rivière, Marc-Aurèle Severin, Zacutus-Lusitanus, etc.

L'auteur examine ensuite les travaux *spéciaux* de Mercuriali, d'Hafenreffer, de Willis, de Turner, de Lorry, etc., et cherche à déterminer la part que ces auteurs ont eue dans les progrès de la pathologie cutanée. Ne pouvant reproduire dans cette analyse tous les jugemens de M. Rayer sur les auteurs qui ont étudié les maladies de la peau, et qui m'ont paru dictés par une étude consciencieuse et réfléchie de leurs ouvrages, je me bornerai à citer ce qu'il dit sur Lorry, sur Plenck et Villan, dont les travaux, entrepris dans des vues différentes, ont eu une grande influence sur les progrès de la pathologie cutanée.

« Le travail de Lorry se distingue par les vues générales et la manière large avec laquelle l'auteur a envisagé l'étude des maladies de la peau : de ce côté, Lorry est évidemment supérieur à tous ceux qui l'ont précédé et à la plupart des auteurs qui l'ont suivi. Il commence par étudier la peau saine dans son organisation et sa structure; il en compare les élémens dans les diverses régions du corps, et après un coup-d'œil rapide sur ses fonctions, il s'attache à étudier ses rapports avec les autres parties du corps. Lorry passe rapidement en revue les diverses modifications que la peau peut éprouver sous l'influence des *agens extérieurs*, sous *l'influence* de l'air, des différentes températures, des climats, des *applicata*, des boissons et des alimens, de l'exercice et du repos, du sommeil et de la veille, des affections de l'ame, etc.; il expose ensuite les effets des causes intérieures ou organiques, telles que celles qui résultent de la constitution strumeuse, de l'allaitement, des vices varioliques, vénériens, morbilleux, etc., et il insiste sur la nécessité de rechercher avec soin les causes probables de ces affections. Sous le rapport du pronostic, il les étudie comparativement chez les enfans, les adultes et les vieillards; il signale avec force le danger de leur répercussion, reproduit et développe les distinctions hippocratiques des maladies de la peau, en

secondaires ou consécutives. Plusieurs observations particulières montrent le danger des *rétrocessions*, d'autres l'influence que certaines affections cutanées *intercurrentes* exercent sur des affections cutanées, même constitutionnelles. On lira aussi avec fruit tout ce qui a trait aux maladies *cutanées salutaires*, aux inflammations *artificielles*, aux affections cutanées dont l'action, indépendamment du danger qui les accompagne, est *nuisible* à la constitution, et des remarques prati ques sur les maladies observées à la suite de la guérison spontanée ou obtenue par l'art, de plusieurs affections de la peau.

Notre auteur a étudié avec soin et d'une manière générale les altérations que les maladies de la peau apportent dans l'état du *derme*, du *réseau vasculaire*, des *membranes épidermiques*, du *pigment* et des *follicules sébacés* et *pileux*.

Pour approcher autant que possible de la connaissance des *causes* des maladies cutanées, il a dû non-seulement étudier la nature et les effets des excitans extérieurs, mais encore les *rapports* de la peau avec les principaux organes et l'influence des autres maladies sur celles des tégumens. Dans cette seconde édition, on fait plus fortement sentir l'importance et l'étude de ces rapports, surtout sous le point de vue thérapeutique : aussi, c'est avec raison qu'on a réuni dans un groupe distinct, sous le nom d'*inflammations artificielles*, les maladies produites par des causes extérieures évidentes et dont la guérison est en général aussi prompte que facile.

Pour un certain nombre de maladies cutanées *aiguës*, dont les conditions d'existence sont telles que rien ne peut en arrêter, avec avantage, la marche régulière, et dont les divers phénomènes paraissent aussi irrésistibles que ceux de l'action organique normale, le rôle du médecin est d'en régler le développement et d'en circonscrire les effets. Cette *méthode expectante*, généralement appliquée aux érysipèles simples, aux rougeoles vulgaires, aux scarlatines simples, à toutes les inflammations artificielles peu intenses doit être adoptée, sauf quelques cas exceptionnels, suivant M. Rayer, comme méthode générale dans le traitement des *fièvres éruptives* exemptes de toutes complications. Quant aux conditions qui réclament l'emploi des saignées générales ou locales, celui des vomitifs ou des purgatifs, M. Rayer les a étudiés et s'est efforcé de les préciser.

Le traitement des *maladies chroniques* de la peau passe avec raison pour un des points les plus difficiles de notre art ; outre qu'elles guérissent quelquefois sous l'influence de remèdes de nature bien différente et dont le choix, l'application et l'opportunité, offrent de grandes difficultés et de nombreuses incertitudes, on ne peut nier non plus qu'on a éprouvé quelquefois une sorte d'hésitation à combattre des affections dont l'apparition est quelquefois salutaire, et dont la disparition peut être suivie d'accidens plus ou moins graves. M. Rayer

paraît avoir passé en revue tous les agens, toutes les méthodes, toutes les pratiques (et le nombre en est grand) qui ont été recommandées contre les maladies de la peau. Il termine cette longue revue thérapeutique par un résumé que je crois devoir reproduire ici, comme un des meilleurs moyens de faire connaître cette partie de son travail et l'esprit dans lequel elle a été exécutée.

« Les expériences nombreuses et variées que la ténacité et les fréquentes récidives des inflammations de la peau ont provoquées, ont sans doute leur importance; mais c'est une mine abondante dans laquelle l'étude et l'observation apprennent seules à puiser. En outre, s'il est constant que plusieurs remèdes, tels que les purgatifs, les préparations antimoniales, sulfureuses et arsénicales, sont aujourd'hui employées avec succès dans presque toutes les maladies chroniques de la peau, quelle que soit leur forme et quel que soit l'ordre auquel elles appartiennent, il n'est pas moins évident que des expériences plus précises, faites dans des conditions mieux déterminées, c'est-à-dire dans des *espèces* bien décrites, devraient être plus utiles et d'une plus facile application. Tel a été et tel a dû être le but de mes expériences.

» Il ressort aussi de l'examen de ces essais thérapeutiques une triste vérité, c'est qu'à des maladies rebelles, on a opposé les remèdes les plus différens par leurs propriétés physiques et chimiques, et qu'aujourd'hui même, il est souvent difficile de décider de leur choix et de leur opportunité.

» Il est facile d'entrevoir également comment les médecins qui ont été frappés de l'action salutaire de quelques inflammations cutanées et des accidens plus ou moins graves qui suivent quelquefois leur guérison ou leur disparition, ou qui se sont découragés en voyant leurs fréquentes récidives, ont été conduits à adopter une méthode de traitement tout à-fait *expectante* ou *palliative*, ou bien encore à remplacer ces maladies par des *exutoires* ou des inflammations *artificielles*; pratique dont l'application est fréquente chez les enfans et les vieillards. D'autres ont évidemment regardé les inflammations de la peau comme un phénomène extérieur lié à des conditions internes plus graves et plus importantes; ils ont pensé qu'on ne pouvait obtenir une guérison complète de ces maladies qu'en modifiant profondément la *constitution*, par un régime ou des remèdes appropriés à sa nature. Aux sanguins et aux pléthoriques, ils ont recommandé la saignée, les bains simples, la diète lactée, etc.; aux scrofuleux, les amers et les préparations d'iode, etc.; aux dartreux par hérédité, les préparations sulfureuses, antimoniales et arsénicales, etc. D'autres, sans perdre de vue la distinction importante et toujours nécessaire de la *constitution* et de la *maladie*, se sont cependant spécialement proposé de rechercher des remèdes *curatifs* pour chaque espèce d'érup-

tien, et pour chacune de ses périodes; ils ont insisté sur la convenance de la *méthode expectante* ou antiphlogistique modérée, dans les fièvres éruptives, sur l'efficacité des préparations mercurielles dans les syphilides; sur celle des préparations sulfureuses dans la gale et le chloasma; sur l'utilité bien démontrée des eaux sulfureuses naturelles ou artificielles dans un grand nombre de maladies cutanées; sur les avantages de l'épilation dans le favus du cuir chevelu; sur les heureux effets des limonades nitrique et sulfurique dans le lichen et le prurigo, des iodures dans les *lupus* scrofuleux, des préparations ferrugineuses dans les inflammations cutanées avec aménorrhée et dysménorrhée, etc.; reconnaissant cependant que dans quelques cas de maladies rebelles, on est été obligé d'essayer tour à tour la saignée, les purgatifs, les bains de vapeurs, les bains alcalins, les préparations arsénicales, etc., avant d'obtenir une guérison durable. D'autres ont reconnu par expérience la nécessité d'agir sur l'organe malade, à l'aide de bains simples ou médicamenteux, de cautérisations superficielles ou profondes, de lotions, de cataplasmes, de pommades simples ou composées, de fumigations, etc.; ils se sont attachés à démontrer l'utilité des remèdes *extérieurs*, toujours efficaces lorsque les altérations de la peau sont locales, ou lorsque leur action, comme celles des préparations sulfureuses ou mercurielles, iodurées, etc., s'étend à toute la constitution, ou bien lorsqu'elle est combinée avec celle des remèdes internes qui exercent cette influence profonde.

» Enfin, il est incontestable que des vues théoriques ont donné à la thérapeutique des directions particulières quelquefois favorables aux progrès de la science. Ainsi, l'utilité bien démontrée des purgatifs et des émétiques n'aurait pas été reconnue sans l'origine *bilieuse* attribuée par les anciens aux maladies de la peau; les inconvéniens de ces remèdes et de quelques autres, tels que ceux des préparations antimoniales, arsénicales, cantharidées, etc., n'auraient pas été recherchées et prévenues avec autant de soin, sans l'attention avec laquelle l'école physiologique a étudié les maladies de l'estomac et de l'appareil digestif, sans sa téndance systématique à exalter la sensibilité et l'énergie des sympathies gastro-intestinales, mal étudiées ou méconnues par quelques praticiens dont l'attention était trop exclusivement portée sur les tégumens.

» En résumé, pour diriger sûrement le traitement d'une inflammation de la peau, il faut se rappeler sa marche naturelle, calculer son degré d'influence salutaire ou nuisible sur la constitution; ses rapports avec elle ou avec les maladies antérieures, son affinité avec d'autres affections dont le développement extérieur est plus ou moins probable; il faut mesurer d'avance l'étendue d'action d'un changement dans le régime et les habitudes, non seulement sur la *maladie*, mais encore sur la *constitution*; il faut prévoir les effets du progrès

de l'âge et de certaines révolutions organiques ; enfin, parmi les agens thérapeutiques, il faut choisir celui qui semble à la fois le mieux approprié à la constitution individuelle, au degré, à l'étendue et à l'ancienneté de la maladie. Comme on le voit, cette direction est un problême plus complexe qu'il ne le paraît à un premier aperçu ; la vraie thérapeutique est dans l'histoire des espèces, et mieux encore dans l'observation et l'étude comparative d'un grand nombre de faits particuliers. »

Dans un prochain article, j'indiquerai les points de l'histoire individuelle de chaque maladie que M. Rayer me semble avoir étudiés avec le plus de succès, et les *observations cliniques* les plus intéressantes de son travail (ces observations sont au nombre de deux cents); mais en attendant, je dois dire que son ouvrage m'a paru présenter un tableau complet de l'état actuel de la science sur cette branche de la pathologie ; que toutes les descriptions ont été revues et rendues plus exactes et plus complètes, et que la thérapeutique surtout a reçu de nombreux et d'utiles développemens.

Enfin, pour que rien ne manquât à l'utilité et au succès de cet ouvrage ; l'auteur a réuni dans un ATLAS-PRATIQUE la généralité des maladies de la peau ; il les a groupées dans un ordre systématique pour en faciliter le diagnostic ; et j'ajouterai que leurs diverses formes y ont été représentées avec une fidélité, une exactitude et une perfection qu'on n'avait pas encore atteintes. BRICHETEAU.

De la fracture du col du fémur, étudiée spécialement sous le point de vue de l'anatomie pathologique, etc., etc. ; par E. CHASSAIGNAC, *docteur en médecine, prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, vice-président de la Société anatomique*, Paris, 1835. Chez Béchet jeune.

Jusqu'à présent, la question des fractures du col du fémur n'avait point été bien jugée, du moins en France. Cependant les matériaux étaient assez nombreux ; mais ils n'avaient point été réunis : quelques-uns même, et c'étaient précisément les plus importans, avaient été interprétés d'une manière inexacte. De là, toutes ces discussions sans résultats utiles ; de là, cette dissidence d'opinion entre les chirurgiens français et leurs confrères d'outre-mer.

Le travail de M. Chassaignac aura fixé, je pense, les esprits sur ce point de pathologie chirurgicale si important et si étroitement lié à la pratique.

Avant d'entrer dans l'étude des lésions de structure que peut présenter le col fémoral après sa fracture, M. Chassaignac s'est arrêté sur la disposition anatomique de ce prolongement osseux, et s'est

livré sur ce sujet à des considérations neuves et ingénieuses, présentées avec concision et clarté.

C'est surtout sous le point de vue de sa direction qu'il a étudié le col du fémur; cette direction dépend d'un certain nombre de circonstances, telles que le sexe, l'âge, etc., etc. Pour arriver, sur ce point, à des résultats certains, M. Chassaignac a mesuré, sur un grand nombre de fémurs de tout âge et de tout sexe, les divers degrés d'obliquité que présente le col. Cette portion osseuse présente deux espèces d'obliquité : M. Chassaignac appelle *obliquité absolue ou de direction*, celle qu'offre le col du fémur relativement à l'horizon quand le corps de cet os est placé verticalement, et *obliquité relative ou de position*, celle qui lui est imprimée par l'attitude oblique du fémur dans ses connexions normales avec le tronc. Suivant M. Chassaignac, il n'est point de sujet chez lequel on n'observe au moins une de ces deux obliquités, l'obliquité relative; et le degré d'obliquité, que présente toujours le col fémoral à l'état normal, varie à l'infini. Ces variétés d'incidence du col sur le corps du fémur influent sur la stature, soit de sexe à sexe, soit chez les divers individus d'un même sexe. On peut expliquer, à l'aide de cette observation anatomique, certaines décroissances rapides de stature dues en partie à un changement de direction du col des fémurs, décroissances qui pourraient être combattues par une extension pratiquée pendant la période de ramollissement. Mais, pour nous renfermer dans notre sujet, « c'est cette inégale obliquité chez les divers individus, qui détermine le degré d'efficacité des diverses causes qui fracturent le col du fémur; c'est elle aussi qui détermine l'ordre dans lequel les fibres doivent éclater, si toutefois il est permis d'assigner un ordre à cette rupture et de graduer un phénomène qui est instantané. Ne s'explique-t-on pas en effet très-rationnellement l'efficacité d'une chute verticale ou sur les pieds, pour produire la fracture chez un sujet qui a le col du fémur perpendiculaire au corps de l'os; l'efficacité d'une chute latérale ou sur le trochanter, chez celui dont le col forme un angle très-ouvert avec le corps? Et ne voit-on pas que c'est surtout pour celui-ci que se vérifie l'assertion de Sabatier, qu'une chute sur le grand trochanter constitue une présomption en faveur de l'existence d'une fracture du col du fémur? » (Page 5).

M. Chassaignac a décrit avec beaucoup de soin les modifications que subit le col du fémur par les progrès de l'âge. Cette description constitue un chapitre qui devait nécessairement précéder l'histoire des fractures du col, car sans les notions qu'il renferme, il serait impossible de tracer cette histoire d'une manière complète.

On y voit comment le col du fémur marche, par les progrès de l'âge, vers un état de fragilité telle, qu'on a vu un cas dans lequel la solution de continuité s'est opérée dans un mouvement brusque de rotation

du tronc, mouvement que ne put suivre le fémur, le pied ayant été retenu fixé par une élévation du plancher (A. Cooper); qu'un malade (dont l'observation est citée par M. Chassaignac, page 39) se fractura le fémur par le seul effet des efforts que détermina l'imminence d'une chute; etc., etc.

C'est dans la seconde partie de son travail que M. Chassaignac traite de l'anatomie pathologique de la fracture du col de fémur. Cette dernière partie comprend trois sections : Dans la première, il examine l'anatomie pathologique de la fracture en elle-même; dans la seconde, l'anatomie pathologique de la consolidation des fractures du col; dans la troisième, les relations à établir entre l'anatomie pathologique de ces fractures et certaines particularités de leur symptomatologie.

Après avoir distingué la fracture du col du fémur en *intrà-capsulaire* (quand elle est située au-dessus du cul-de-sac inférieur de la synoviale), et en *extrà-capsulaire* (quand elle est située au dehors de ce cul-de-sac), distinction à l'aide de laquelle on peut se rendre compte de divers phénomènes qui se rencontrent dans la pratique, M. Chassaignac démontre par des faits, qu'on a eu tort de regarder comme l'effet de l'usure progressive qui aurait lieu dans des cas de fracture ancienne, l'implantation du col du fémur dans le tissu du grand trochanter; cette disposition a été observée quatre jours seulement après la fracture. Parmi les altérations propres à la fracture intrà capsulaire récente, nous nous bornerons à citer, comme les plus importantes, celles qui intéressent le repli fibreux qui constitue le périoste du col. Quelquefois il n'est ni décollé, ni déchiré; c'est la condition la plus favorable pour la consolidation de la fracture. Quelquefois il se décolle sans se déchirer, cette condition est moins favorable que la précédente. Mais le plus souvent, cette gaîne fibreuse se déchire, et avec elle sont rompus les vaisseaux qui servent à la nutrition du fragment cotyloïdien. Dans ce cas, la consolidation de la fracture, par cal osseux, ne peut plus avoir lieu. Passant aux altérations anatomiques de la même fracture à l'état d'ancienneté, M. Chassaignac nous montre, entre autres lésions, le fragment cotyloïdien réduit aux conditions d'une esquille ou d'un véritable sequestre par suite du défaut de nutrition.

Relativement à l'importante question de la consolidation des fractures du col du fémur, l'opinion de Sir A. Cooper avait été mal comprise; M. Chassaignac la rétablit telle qu'elle est réellement. Il indique quels sont les cas dans lesquels cette consolidation est possible, et par quels mécanismes aussi variés que curieux elle s'opère. Il passe en revue les causes de non-consolidation, telles que l'*interposition de corps étrangers aux fragmens*; *l'insuffisance de nutrition des fragmens*; etc., etc. C'est là qu'il explique pourquoi la soudure osseuse de

la fracture du col du fémur est si rare, ainsi que l'a annoncé Sir A. Cooper. « . . . . . Eu égard, dit-il en terminant, au très-petit nombre de consolidations osseuses directes, il est facile de voir qu'on a attaché beaucoup trop d'importance à combattre l'opinion de Sir A. Cooper, même lorsqu'on lui faisait dire faussement que jamais la consolidation n'avait lieu. En effet, si, sous ce point de vue anatomo-pathologique, cette assertion est contredite par les faits, il resterait toujours, que les cas de consolidation directe étant aux autres, peut-être dans la proportion d'un à cinquante, on pourrait encore dire, sous le point de vue-pratique, que la consolidation n'a pas lieu. En effet, les règles-pratiques doivent s'appliquer à l'immense majorité des cas, non à quelques exceptions. . . . . . »

Nous ne pensons pas qu'après la lecture de ce chapitre il soit possible de contester la possibilité de la consolidation dans les fractures totalement intrà-capsulaires. On y démontre en même temps que la plus grande difficulté pour la consolidation ne consiste pas, comme on l'a cru, en ce que la fracture est dans la capsule, mais bien en ce que le périoste du col est déchiré, ce qui arrive le plus souvent.

M. Chassaignac se livre à d'utiles réflexions sur quelques-uns des symptômes que présentent les fractures du col du fémur, tels que l'*alongement du membre*, la *rotation du pied en dedans*, etc., etc. Nous nous arrêterons seulement aux considérations suivantes: « Après les fractures qui ont été suivies d'une consolidation très-avancée, soit par substance ligamenteuse, soit par un cal véritablement osseux, les fonctions du membre sont ordinairement perdues. Dans les cas, au contraire, où, après un repos de plusieurs mois, on permet au malade de marcher avec des béquilles, la nature de la réunion, le soutien qui est offert à l'articulation par la production osseuse qui se développe entre les trochanters, rendent le membre plus utile que dans ceux où la fracture est tellement bien consolidée, qu'il en résulte presque une ankylose. Si la crainte de voir survenir un raccourcissement et une claudication considérables doit arrêter les chirurgiens qui hâteraient d'une manière intempestive le moment de permettre la marche à leurs malades, ceux qui pensent qu'on ne saurait prescrire un trop long repos, et qui ambitionnent une consolidation très-complète, pourront faire leur profit de l'observation précédente. »

A la suite de son travail sur l'anatomie pathologique de la fracture du col du fémur, M. Chassaignac a publié quelques observations de chirurgie dignes de remarque. La première présente les circonstances suivantes: plaie de tête avec fracture du frontal; pleurésie à droite; symptômes de pneumonie dans les derniers jours; mort le dix-neuvième jour de la maladie; abcès métastatiques dans les poumons, le foie et sous la peau. — La seconde a pour sujet une plaie pénétrante

de la poitrine, avec lésion du poumon droit et plaie transversale de la veine azygos déterminant une hémorrhagie mortelle. Dans ce cas, le poumon droit présentait quatre plaies en voie de cicatrisation, bien qu'il ne se fût écoulé que vingt heures entre l'accident et la mort. Le poumon avait été refoulé et réduit à une immobilité complète par un énorme épanchement sanguin provenant de l'azygos ouverte. Frappé de la relation évidente qui existait entre ce repos du poumon blessé et la cicatrisation avancée de ces quatre plaies, M. Chassaignac propose, avec une grande apparence de raison, de soustraire en quelque sorte le poumon à ses fonctions, dans le traitement des plaies de cet organe, en insufflant de l'air dans le thorax. Le poumon étant affaissé, serait moins accessible aux liquides qui le traversent quand il exécute ses fonctions librement, et serait à l'abri des désordres que doivent causer dans son tissu lésé, la toux et les mouvemens de la respiration. — Après cette observation intéressante viennent les suivantes : Plaies du scrotum et du bas-ventre par un morceau de bois tranchant ; abcès dans l'épaisseur des parois abdominales ; tétanos : mort au dixième jour. — Plaie par arme à feu divisant dans toute sa hauteur le premier espace inter-osseux de la main gauche ; hémorrhagies consécutives multipliées ; ligature de la radiale pratiquée avec succès par M. Chassaignac.

Nous trouvons enfin une série de propositions dans lesquelles l'auteur insiste sur la disposition anatomique d'un bord tranchant qui termine en arrière la surface iléo-pectinée, et qui peut, dans certains cas, devenir une cause de rupture de l'utérus. Il fait connaître ensuite les motifs pour lesquels on doit préférer, dans la hernie crurale, le débridement en haut et en dehors. Il généralise, dans quelques propositions, tous les faits de détail de la distribution des nerfs aux muscles. Ce petit nombre de propositions sur le système nerveux considéré dans sa distribution aux muscles, contient le germe d'une méthode toute nouvelle, qui répand beaucoup d'intérêt sur l'étude de ce système, et peut conduire, ainsi que l'a démontré l'auteur dans un autre endroit, à des remarques ingénieuses. Nous ne devons pas passer sous silence l'indication d'un tubercule appelé *carotidien* par l'auteur, et qui peut servir de guide pour la ligature de l'artère carotide, etc., etc.

Dans tout ce travail, M. Chassaignac a fait preuve de deux qualités essentielles : la première consiste en ce qu'il ne conclut que d'après des faits fidèlement observés et sainement interprétés ; la seconde, dans la clarté avec laquelle il expose ses idées.

Recherches pratiques sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte ; par Carron du Villards. *Un vol. in-8.°, XII-384 pp., avec deux planches lithographiées.* Paris, 1834.

L'ouvrage dont le titre précède est un résumé assez bien fait de ce

qui a été dit des diverses manières de pratiquer l'extraction, le déplacement ou le broiement de la cataracte, ainsi que des accidens qui accompagnent ou suivent quelquefois cette opération. C'est l'œuvre d'un homme instruit, au niveau des connaissances actuelles de la spécialité, mais dont l'expérience n'a pas encore suffisamment éclairé le jugement. Les oculistes y trouveront une foule de détails, qu'un grand nombre d'entre eux ignorent habituellement, et ces détails d'ailleurs épars dans les recueils scientifiques, les monographies, et les ouvrages classiques, soit français, soit étrangers, sont de nature à satisfaire aussi les chirurgiens qui veulent se tenir au courant de la médecine oculaire. On peut dire que l'auteur a effleuré toutes les questions relatives à son sujet, mais qu'il ne s'est donné la peine d'en approfondir aucune. C'est un défaut qui lui est commun du reste avec tous les hommes à spécialités scientifiques; encore est-il juste d'ajouter que M. Carron paraît en être moins entiché que la plupart de ses confrères. La légèreté de ses jugemens, ses opinions souvent hasardées, ses manières tranchantes, les discussions superficielles qui motivent ses décisions, et le soin qu'il prend d'opposer à chaque page sa pratique à celle des hommes les plus renommés, indiquent en outre un esprit trop jeune et une main qui s'est tenue renfermée jusqu'ici dans un cercle trop étroit, pour inspirer une grande confiance aux véritables praticiens. Son livre est donc un livre littéraire plutôt qu'essentiellement pratique. A ce titre, il convient aux gens qui veulent savoir ce qu'ont fait, dit, et pensé les autres; mais moins aux chirurgiens instruits, qui ne s'en laissent pas imposer par des jugemens tout faits, qu'à ceux qui viendraient chercher là leurs principales notions oculistiques.

Recherches sur l'usage et les effets des bains de mer, comprenant l'histoire abrégée des faits principaux qui ont été observés à Dieppe pendant l'année 1834; *par le docteur* Gaudet, *médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe*. Paris, 1835; in-8.°, pp. 84.

L'usage des bains de mer est de toute fraîche date dans notre pays, tandis que les principales villes maritimes de l'Angleterre possèdent depuis long-temps des établissemens qui partagent avec les sources minérales la faveur du public. Il n'y a que quelques années que s'est élevé sous nos yeux le bel établissement de Dieppe, et que l'emploi des bains de mer n'est plus restreint à quelques habitans du littoral de la France. Aussi, si nous sommes inondés d'écrits sur les vertus et propriétés des eaux minérales terrestres de toutes sortes notre littérature ne compte que quelques rares et récens opuscules qui nous ont entretenus des bains de mer. Est-ce à dire que nous ne connaissons pas encore aussi exactement les effets des bains de mer que ceux des autres eaux minérales? non certainement. Peut-être, l'ob-

servation qui s'est tardivement dirigée de ce côté est-elle, au contraire, une condition favorable. Car l'on s'y porte avec tous les moyens plus précis de diagnostic que la science moderne met à notre disposition, avec des idées plus saines sur l'appréciation des effets thérapeutiques, et on n'a pas à combattre et à détruire mille préjugés tels que ceux qui nous ont été transmis sur les sources minérales, et que l'intérêt tend trop souvent à entretenir.

Nommé depuis deux ans à l'inspection des bains de mer de Dieppe, M. Gaudet vient de publier les résultats de son observation pendant les trois mois de l'été de 1834, dans un opuscule qu'il annonce n'être que le *specimen* des modes variées d'emploi et d'action dont l'eau de de mer est susceptible, et le cadre dans lequel il fera entrer toutes les observations qu'il se propose de faire pendant chaque saison des eaux. L'auteur, après avoir indiqué les caractères physiques et chimiques de l'eau de mer, expose les différens modes d'administration de cette eau et les règles qui doivent présider à leur application. Il décrit ensuite les effets physiologiques, immédiats et consécutifs des bains de mer, qui, sous certains rapports, se rapprochent beaucoup de ceux des bains froids ordinaires. Parmi les phénomènes consécutifs, il fait mention du développement de plusieurs éruptions, qui imitent plus ou moins les caractères de quelques exanthèmes naturels, et qui cèdent du reste assez promptement. L'auteur passe ensuite aux effets hygiéniques et thérapeutiques des bains de mer. Cette partie est le résumé de cent observations que M. Gaudet dit avoir recueillies avec des détails suffisans. Nous allons chercher à en donner une idée.

1° *Maladies de l'enfance.* — Les bains de mer sont appropriés à la constitution des enfans, qu'ils fortifient, etc. Les enfans naturellement pâles, grêles, débiles, d'une intelligence précoce ; ceux qui relevaient de maladies et qui étaient restés anémiques, maigres et nerveusement excités, etc., ont promptement repris les conditions d'une bonne santé : ils n'ont pas tardé à grandir et à reprendre de la nutrition. L'efficacité des bains de mer s'est surtout montrée dans le rachitisme et les scrofules, à divers degrés. Ils amènent les individus rachitiques à des conditions favorables à l'application de la gymnastique et de l'orthopédie. Ils guérissent non-seulement la maladie scrofuleuse localisée ; mais ils ont encore modifié avantageusement l'habitude extérieure et les altérations fonctionnelles qu'elle traîne après elle. M. Gaudet cite le cas d'un enfant affecté d'une carie de la région cervico-dorsale de la colonne vertébrale, avec gibbosité et paraplégie presque complète, qui, au bout de deux saisons, put marcher sur un plan uni et fut débarrassé des douleurs locales.

2° *Maladies des femmes.* — Les bains de mer sont hygiéniquement assortis à la constitution des femmes, comme à celle des enfans. Ils sont utiles dans un grand nombre de maladies de l'utérus : déplace-

mens, engorgemens indolens, certains engorgemens et certaines ulcérations *actifs* du col, leucorrhée, aménorrhée, dysménorrhée (l'auteur indique les circonstances qui fondent l'indication des bains de mer dans ces cas qui ne les réclament pas tous, les précautions à prendre dans leur application); dans la chlorose; dans les diverses névroses (affections hystériques, gastralgie, céphalée); dans ces divers cas les affusions doivent être réunies aux bains. M. Gaudet regarde ce moyen comme très-puissant contre les névralgies de la tête, qui en sont toujours heureusement modifiées. Il affirme que constamment un accès de névralgie, quelque violent qu'il soit, peut être arrêté par un bain de mer.

L'auteur passe ensuite en revue divers cas de maladies communes aux deux sexes, d'affections qui ont peu de rapport entr'elles, et dans le traitement desquelles les bains et affusions d'eau de mer ont eu plus ou moins de succès : tels sont des cas d'aliénations mentales, d'hypocondrie, de lésions des centres nerveux, de congestion cérébrale avec diplopie et incontinence d'urine, de paralysies, d'otorrhée chronique avec lésion de l'audition, de blennorrhée, d'engorgemens viscéraux, d'entorses, de douleurs des membres, de varices, etc.

Il examine, en terminant, le mode d'action des bains d'eau de mer, dont la température, qui arrive rarement à la moitié de la température humaine, dont la composition saline, la densité qui ajoute à la compression exercée sur le corps, dont les mouvemens, enfin, et même les chocs qui produisent une sorte de massage, lui expliquent les trois effets principaux qui se manifestent constamment : 1.° l'augmentation de la contractilité dans les parties qui sont susceptibles de l'exercer; 2.° l'activité de l'assimilation, des absorptions interne et externe, et de l'exhalation cutanée; 3.° la sédation des fonctions nerveuses, dans la plupart des cas, et leur excitation dans quelques circonstances particulières où cette excitation leur est dévolue déjà naturellement ou accidentellement.

Cet opuscule, écrit avec une netteté et une précision assez rares et dans un esprit éloigné généralement des idées hypothétiques qui ont servi trop de bases à la thérapeutique, appellera certainement l'attention publique sur un moyen nouveau et puissant, et la confiance sur le médecin chargé d'en diriger l'administration. C'est un bon précis sur les effets de l'eau de la mer. Dans la position où se trouve M. Gaudet, il était difficile que dans son premier travail sur les bains de mer, il adoptât une autre forme que celle qui tend à nous donner une idée générale de cet agent thérapeutique. Mais dans les recherches qu'il a promis de continuer, nous devons attendre de son esprit exact et éclairé des notions plus spéciales, plus positives sur les cas morbides comparés et numérés, dans lesquels il aura pu en observer les effets.

MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

JUILLET 1835.

Premier mémoire sur l'influence thérapeutique de la chaleur atmosphérique; par M. JULES GUYOT, *D. M. P.*

Parmi les nombreuses questions auxquelles peut donner lieu l'action de la température atmosphérique sur l'organisation malade, j'ai dû d'abord choisir la plus simple pour la résoudre par expérience.

Quelle est la température la plus favorable à la cicatrisation des plaies ?

Cette question n'a été que vaguement étudiée et jamais résolue par les médecins anciens et modernes. Hippocrate, qui s'est étendu sur l'action générale du chaud et du froid, des climats et des saisons, ne donne rien de précis sur l'influence de la température sur la guérison des plaies; il dit néanmoins : qu'un temps chaud est plus avantageux que l'hiver à la plupart des plaies. Galien, qui a fondé tout un système sur le froid, le chaud, le sec et l'humide, est encore plus réservé sur ce point. Arétée et Sydenham qui, après Hippocrate et Galien, se sont le plus occupés des influences atmosphériques, ne parlent point de ce sujet, étranger en apparence, à la médecine proprement dite.

Ambroise Paré est le seul chirurgien qui ait envisagé cette question sous le point de vue pratique. « Qu'ainsi

» soit, il est très-nécessaire de connaître l'air qui est bon et » celui qui est mauvais, aussi qui est contraire à la maladie, » ou qui aide icelle ou lui donne force, comme est celui » qui est de tout semblable à icelle : à cette cause il doit » être changé, s'il est naturel, et rendu contraire à icelle. » Qu'il soit vrai, en hiver, s'il survient plaie de tête, en la » pansant et traitant, faisons un air chaud, par la réverbé- » ration de quelque fer échauffé auparavant au feu (car le » froid est du tout contraire au cerveau et plaies de tête : et » ainsi ès autres maladies qui demandent air accommodé à » leur nature. » Et plus loin Ambroise Paré dit encore : « Qu'il soit vrai, beaucoup d'hommes blessés meurent en » hiver, même de petites plaies, qui ne mourraient de plus » grandes en été. Et cela s'accorde bien au dire d'Hippo- » crate, à savoir, qu'aux parties ulcérées le froid est mor- » dicant; il endurcit le cuir, fait douleur, rend les plaies » insuppurables (d'autant qu'il diminue ou éteint la cha- » leur naturelle qui fait la suppuration), engendre lividité, » frissons, fièvres, convulsions et tensions, etc., etc. »

On a beaucoup parlé depuis Ambroise Paré de l'influence de l'air chaud et de l'air froid sur les plaies, sans en tirer d'autre conséquence pratique que celle indiquée par le Père de la chirurgie française : on trouve dans la collection des Mémoires de l'Académie de chirurgie, nombre de disserta- tions sur ce sujet : la plupart de leurs auteurs s'accor- dent en ceci que l'air échauffé est le plus salutaire aux plaies.

M. Larrey, dans sa *Campagne d'Égypte*, au chapitre intitulé : *Influence salutaire du climat d'Égypte sur les plaies*, rapporte que, sous ce ciel brûlant, mais dont la chaleur était uniforme, les plaies se cicatrisaient avec une promptitude étonnante ; que les opérations de la taille, du trépan, celles nécessitées par les grandes plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen, et d'autres encore, réus- sissaient merveilleusement. Dans sa *Campagne d'Alle-*

magne, il a remarqué dans les mêmes circonstances, l'influence délétère du froid.

On ne peut nier que de ces observations à l'expérience et à l'application à la pratique chirurgicale, dans notre climat, il n'y a qu'un pas, mais ce pas reste à faire.

Il est cependant du plus haut intérêt pour la thérapeutique de préciser ces données et de les élever jusqu'à l'application; c'est ce que je me suis efforcé de faire en expérimentant d'abord sur les animaux. J'ai cru devoir préférer les lapins à tous les autres, parce que leurs plaies ont une grande tendance à suppurer, et que la délicatesse de leur organisation les rend plus sensibles aux opérations et plus impressionnables aux influences extérieures que les chiens, les chats, les chevaux, et autres sujets ordinaires des expériences.

Au commencement du mois d'octobre 1833, je fis construire des appareils propres à produire et à entretenir constamment une température atmosphérique de 30, 40, 50, 60 et 70° + 0 cent. Je choisis trente lapins adultes et de même force, cinq chiens de diverses tailles, et je me retirai à la campagne pour me livrer exclusivement à mes recherches.

Les trente lapins furent le sujet de 64 expériences, les premiers guéris servant une seconde et même une troisième fois. Deux furent soumis, sains, à l'action d'une température élevée générale, c'est-à-dire, dans laquelle ils étaient immergés tout entiers; deux autres, dont l'un avait une plaie pénétrante de poitrine avec résection d'une portion de côte, et l'autre une cuisse amputée, subirent la même épreuve : vingt incisions simples, vingt plaies avec perte de substance, intéressant la peau et l'aponévrose, huit plaies avec perte de substance intéressant les muscles, furent exposées à la température ambiante, avec et sans pansement, et aux températures artificielles, locales de 30 à 40°, de 40 à 50, de 50 à 60°, et de 60 à 70° + 0 cent.

sans pansement. Deux plaies pénétrantes de poitrine furent abandonnées à la température ambiante de 10 à 16° + 0, et deux autres soumises à 40° de chaleur. Une amputation de cuisse et une de jambe furent également comparées à deux opérations semblables : enfin, je fis deux injections d'eau froide à 8°, l'une dans la tête d'un lapin et l'autre dans le ventre d'un autre lapin, et comparativement deux injections d'eau chaude à 32° sur un troisième et sur un quatrième. Ces dernières expériences furent répétées sur quatre chiens.

Telle a été la base des observations que j'ai recueillies dans un journal écrit jour par jour à quatre instans différens de la journée, observations que je vais détailler après avoir donné l'idée de mes appareils et du mode d'expérimentation que j'ai cru devoir employer.

Le principal appareil consiste en une caisse de bois à quatre compartimens superposés (*voyez* la planche fig. 1). Chaque compartiment peut contenir deux lapins fort à l'aise ; il est fermé derrière par une coulisse se tirant latéralement, et présente par devant une saillie en forme d'auge destinée à recevoir la nourriture des lapins. Un tuyau vertical traverse toutes les cases dans leur milieu, et porte, au niveau de chacune d'elles, une bouche de chaleur qui peut s'ouvrir et se fermer plus ou moins, à volonté. L'extrémité inférieure de ce tuyau emboîte l'extrémité supérieure du verre d'une lampe qui brûle pendant vingt-quatre heures, et qui chauffe à-la-fois tous les compartimens au degré désiré, au moyen de soupapes. Un trou percé dans la paroi latérale de chaque case permet d'y introduire un thermomètre qui en indique constamment la température. Une forte toile, percée de deux trous capables d'admettre chacun la tête d'un lapin, est clouée sur le devant de chaque compartiment, laissant l'auge en dehors, en sorte que les lapins ont le corps plongé dans l'air chaud, tandis que la tête reste à l'air libre et à portée des alimens.

Un second appareil est construit dans le même système ; il est à deux compartimens seulement, mais plus grands que les premiers, et contenant une atmosphère assez étendue pour fournir à la respiration des lapins qu'on y plonge tout entiers ; nous y avons adapté quatre vitres afin de pouvoir observer plus aisément l'état des lapins exposés à la chaleur. (*V.* la planche fig. 2).

Enfin nous avons employé un troisième appareil : c'était un large banc (*V.* la planche fig. 3), sur lequel nous fixâmes, au moyen de rubans plats, passés et serrés fortement sur les pattes, sept lapins à côté l'un de l'autre ; mais nous ne pûmes, par ce moyen, maîtriser leurs mouvemens ; il nous fallut les envelopper dans des morceaux de toile cloués tout autour de chaque lapin, de façon à ne laisser que la tête libre, ainsi que la surface des plaies pratiquées sur chaque fesse. Entre chaque lapin s'ouvrait un tuyau traversant le banc et portant inférieurement un entonnoir renversé pour recevoir et concentrer la chaleur d'une, de deux, de trois, de quatre veilleuses disposées au-dessous ; supérieurement chaque tuyau s'ouvrait entre deux plaies, de façon à échauffer au même degré la plaie droite d'un lapin et la plaie gauche de son voisin. Nous fixâmes de la même façon les lapins que nous soumettions à un pansement méthodique.

Nous avions ainsi à notre disposition une chaleur tout-à-fait locale : nous en avions une générale au moyen du second appareil, et une diffuse au moyen du premier.

Toutes les plaies ont été faites de la même manière : le lapin était fixé sur une table et porté immédiatement à sa destination après l'opération.

Toutes les plaies semblables ont été faites dans les mêmes régions du corps et de mêmes dimensions. Les vingt incisions ont été pratiquées sur les fesses. Elles avaient toutes dix-huit lignes de longueur. Sur les vingt pertes de substance intéressant la peau et l'aponévrose, seize ont été

faites sur les fesses et quatre sur le dos; toutes avaient dix-huit lignes de long sur sept à huit de large. Des huit plaies avec perte de substance musculaire ayant les mêmes dimensions que les précédentes, deux ont été faites au niveau des gouttières vertébrales et six sur les fesses.

Les lapins opérés et transportés dans leurs cases, où la température était entretenue nuit et jour au même degré, faisaient d'abord de violens efforts pour se débarrasser de leurs entraves, mais après quelques minutes leur parti était pris, et bientôt ils étaient assez familiarisés avec leur nouvelle position pour ne plus s'en occuper et pour manger tout ce qu'on voulait bien leur donner : ils passaient ainsi une, deux ou trois semaines sans que leur santé générale parut altérée; ils apprenaient à nous connaître, et notre présence, loin de les inquiéter, paraissait piquer vivement leur curiosité, et surtout éveiller un appétit qu'ils nous manifestaient très-énergiquement.

Ainsi nous expérimentions dans les circonstances les plus favorables, et les résultats, s'ils étaient contraires à nos prévisions, ne pouvaient être attribués à aucun inconvénient; ils devaient être parfaitement concluans.

Deux lapins sains, plongés tout entiers dans une atmosphère échauffée, n'ont rien présenté de remarquable jusqu'à 25° + o cent.; à cette température la respiration a commencé à s'accélérer; à 30° elle était encore plus pressée; à 35° on remarquait de l'abattement; la sueur commençait à mouiller les pattes de devant et le museau; à 40°, prostration, la bave s'échappe de la bouche, les yeux sont rouges et humides; à 50° la respiration est tellement précipitée, qu'il est difficile d'en suivre les mouvemens; la sueur et la bave sont plus abondantes, les lapins rampent partout pour chercher la fraîcheur; à 60° ils cessent de donner signes de vie après deux heures d'immersion. Remis à la température ambiante, ils reviennent peu-à-peu et sont bien portans au bout de vingt-quatre heures.

Deux autres lapins, dont l'un vient de subir une amputation de cuisse, et dont l'autre porte au côté droit une plaie pénétrante de poitrine avec résection d'une portion de côte, sont plongés tout entiers dans une température de 40°+0; le premier meurt une heure après et le second persiste pendant huit heures seulement.

L'effet de la température diffuse sur les lapins est remarquable : la tête seule, et par conséquent la respiration, n'étant pas soumise à la température, ils peuvent supporter pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines, une température constante de 45, 50, 60, 70 et même 75°+0 cent., sans sueur, sans perte d'appétit, et sans autre perturbation générale qu'une légère accélération de la respiration qui n'existe pas toujours et qui souvent ne persiste pas. Il en est de même pour les températures comprises entre 25° et 35°; mais constamment, sous l'impression d'une chaleur comprise entre 35° et 45°, l'abattement a été extrême, l'appétit nul, la respiration précipitée.

Quant aux plaies soumises à l'influence de la température diffuse, voici ce que nous avons observé : sur quatre incisions simples chauffées constamment à 60°, deux se sont réunies par première intention dans l'espace de quatre à six heures; les deux autres sont restées béantes; elles ont fourni pendant douze heures une exsudation séreuse qui s'est desséchée peu-à-peu pour former sur toute la surface de la plaie un vernis luisant, rosé, transparent, mince comme une feuille de papier. Dans les vingt-quatre heures suivantes, on vit une matière blanche, solide, s'étendre au-dessous du vernis qui commençait à se fendiller, tandis que les bords de la plaie se rapprochaient. Le troisième jour, les deux plaies étaient réduites à une ligne de large. Le quatrième, j'enlevai ce qui restait de la croûte primitive, et la cicatrisation était complète. Elle avait paru se former sans inflammation; quant à la suppuration, il ne s'en était

assurément pas produit. Deux incisions à 50° et deux à 70° ont donné une réunion immédiate, consolidée en peu d'heures, et trois cicatrisations sans inflammation ni suppuration, dans l'espace de cinq jours, avec les mêmes phénomènes que les deux plaies à 60°. Deux incisions à 30° ont marché plus lentement vers la guérison; ce ne fut qu'au septième jour que la cicatrisation, opérée également sans inflammation ni suppuration, me parut assez solide pour être abandonnée à l'air libre : l'une des plaies se maintint parfaitement, mais l'autre après vingt-quatre heures était largement ouverte et commençait à suppurer. Deux incisions abandonnées à l'air libre à 14°, sont restées vingt-quatre heures sans offrir aucune apparence de travail : après ce temps, les bords de la plaie ont commencé à se gonfler et sa surface à répandre une sérosité assez abondante. Plus tard elle se couvrit d'une croûte d'un jaune gris, molle et non transparente. Vers le cinquième jour, on sentait manifestement le pus au-dessous, et le sixième jour elle fut soulevée, le pus s'écoula ; j'enlevai la croûte : le fond des plaies était rouge et de bon aspect. Le septième jour, une seconde croûte était formée, et les plaies étaient rétrécies. Le huitième, on sentait encore du pus au-dessous ; la croûte fut éliminée de nouveau. Le neuvième et le dixième, les bords de la plaie étaient affrontés et recouverts d'une croûte linéaire qui tomba le douzième jour, et laissa voir une cicatrice parfaite. L'appareil des deux incisions pansées à plat ne put être levé que le cinquième jour. Le quatrième, il adhérait encore fortement aux plaies. En ôtant l'appareil, nous avons trouvé les plaies couvertes de pus, leurs bords noirâtres et leur fond rosé. Le lendemain la suppuration était encore plus abondante; elle commença à diminuer vers le neuvième jour seulement, et dès ce moment les plaies commencèrent à se rétrécir; l'une fut cicatrisée au quatorzième jour et l'autre au quinzième. Pour les six autres incisions que nous avions voulu soumet-

tre à l'influence tout-à-fait locale de températures variables, nous ne pûmes réussir à les y maintenir, nos moyens de coërtion étant tout-à-fait insuffisans et notre procédé de caléfaction trop imparfait; elles nous donnèrent en trois jours des brûlures, parce que les lapins touchaient les tubes de fer-blanc; des raccornissemens, parce qu'ils se plaçaient souvent sur l'ouverture même du tube, et s'exposaient ainsi à un courant de 100 à 150°; enfin d'autres parvenaient à s'éloigner tout-à-fait du courant, et leurs plaies n'éprouvaient d'autre influence que celle de la température ambiante : il fallut les mettre en liberté, ainsi que six autres qui avaient des plaies avec pertes de substance, maintenues et chauffées d'après le même procédé. J'indiquerai plus loin comment nous avons tiré parti de cet accident.

Deux plaies pratiquées sur les fesses avec perte de substance, intéressant la peau et l'aponévrose, exposées à la température constante de 50°, exhalèrent pendant vingt-quatre heures une sérosité visqueuse et peu abondante : après quoi leur surface se couvrit de l'espèce de vernis rosé dont j'ai déjà parlé. Au troisième jour on commençait à apercevoir des points où se déposait une matière blanche solide, qui nous semblait être la *plastique* de M. de Blainville : cette couche s'étendit peu à peu et paraissait former une véritable membrane sur toute la surface de la plaie au septième jour. En même temps la plaie se rétrécissait vers le milieu du dixième jour, elle était réduite à deux lignes en tous sens, et ce petit espace était couvert d'une croûte mobile sur la plaie en forme de bouton : il tomba le onzième jour sur une plaie, et le douzième sur l'autre : la cicatrice était parfaite. Deux plaies faites dans le même lieu et de la même manière, intéressant de plus une épaisseur de muscles d'environ deux lignes, exposées à 40° de chaleur, ne présentèrent d'autre différence dans leur marche, qu'une croûte d'abord enfoncée dans son centre, et se relevant graduellement pour tomber le quatorzième jour

seulement. Deux plaies semblables, l'une avec perte de substance, intéressant la peau et l'aponévrose, l'autre avec perte de substance musculaire, abandonnées à l'air libre, variant de 12 à 16°, sont sèches après quarante-huit heures et couvertes d'une croûte molle jaunâtre : ces croûtes sont éliminées vers le sixième jour par une suppuration abondante et remplacées par d'autres croûtes de même nature qui s'ouvrent pour laisser écouler le pus, ou sont remplacées par de nouvelles croûtes qui tombent encore. Les plaies suppurent ainsi en se rétrécissant l'une jusqu'au dix-neuvième jour, l'autre jusqu'au vingt-deuxième. Deux plaies pareilles, soumises au pansement méthodique, suppurent jusqu'au vingtième jour. Deux autres plaies, avec perte de substance musculaire profonde, pratiquées aux lombes, au niveau des gouttières vertébrales, présentent une différence encore plus tranchée : l'une est abandonnée à la température ambiante, l'autre est placée dans une chaleur de 36°. La première est sèche vingt-quatre heures après ; la seconde, au contraire, est rouge et humide. Au treizième jour la plaie abandonnée à l'air libre est couverte d'une croûte molle grisâtre, et le soir du même jour, en saisissant le lapin pour l'examiner, elle se rompt et laisse écouler une cuillerée d'un pus sanieux. La plaie échauffée est à ce moment sèche et couverte de son vernis, elle persiste dans cet état en se rétrécissant jusqu'au 3 novembre, c'est-à-dire pendant neuf jours ; ce même jour à huit heures du soir, le lapin s'embarrasse dans son collier et s'étrangle : j'examine la plaie, j'enlève la croûte, il n'existe pas la moindre trace d'inflammation ni de suppuration, tandis que la plaie traitée à froid est en pleine suppuration et exhale une odeur fétide. J'eus alors l'idée d'essayer l'action de la chaleur sur cette plaie et sur d'autres également en suppuration. Je trouvai dans les lapins sur lesquels nous n'avions pu pousser nos expériences à fin, des plaies presque guéries, d'autres à moitié croûteuses, à moitié

suppurantes, et quatre entièrement sanieuses, blafardes et n'ayant fait aucun progrès vers la cicatrisation. Sans rien changer à leur état, et sans les absterger, je les plaçai avec la plaie dorsale dans le grand appareil, deux à 40° et une à 50°; je rafraîchis trois autres plaies soit en enlevant les croûtes et les abstergeant, soit en excisant de nouveau; une d'elles fut placée à 30° et les deux autres à 60° dans le même appareil : enfin je rafraîchis encore deux autres plaies, et j'en pratiquai deux avec perte de substance musculaire sur les fesses des deux sujets neufs, pour les placer dans le second appareil, que nous avions rendu propre à l'application de la chaleur diffuse, en en supprimant les vitres, pour laisser passer au dehors la tête des lapins.

Le lendemain la plaie dorsale suppurait encore, mais beaucoup moins; les quatre plaies sanieuses étaient presque sèches et rouges; les plaies nettoyées et rafraîchies étaient couvertes de leur vernis, les deux plaies fraîches exsudaient encore une matière séreuse. Le deuxième jour, la plaie dorsale était sèche et couverte d'une croûte appliquée sur le vif, il en était de même pour les quatre plaies sanieuses. Le vernis rosé était formé sur les deux plaies fraîches et sur les plaies nettoyées, il persista sans indice de suppuration pendant quatre jours; toutes les plaies ont continué leurs progrès. Dans la nuit du sixième au septième jour, la lampe du petit appareil s'éteignit. Le lendemain le thermomètre marquait 15°, les deux plaies fraîches et les deux nettoyées étaient en pleine suppuration; je rallumai la lampe, j'enlevai les croûtes, je nettoyai les plaies, qui ne furent ramenées à leur premier état qu'après trois jours. Pendant ce temps, le progrès des plaies disposées dans le grand appareil avait continué. Le matin du dixième jour, je trouvai dans la quatrième case un lapin étranglé : sa plaie était réduite à trois lignes de long sur une ligne de large, et la croûte enlevée laissa voir une surface vermeille. Le soir du même jour, un second subit le même

sort, c'était un des quatre à plaies sanieuses; sa blessure était réduite de plus de deux tiers et ne présentait aucune trace de suppuration. J'en perdis encore trois de la même manière, et sur tous je trouvai, soit la cicatrisation complète, soit une cicatrisation fort avancée, et sur aucun je ne trouvai de pus ni d'inflammation. Ces accidens étaient devenus fréquens vers la fin de mes expériences, parce que les premiers lapins ayant rongé la toile qui leur servait de cloison et de collier à la fois, j'avais été forcé d'employer un large ruban qui leur passait autour du cou, et venait se fixer à côté et en dehors de la case : les lapins parvenaient à rentrer leur tête derrière la toile, qui les repoussait en arrière, et le cordon qui les tirait en avant, s'opposait à la respiration, et les tenait dans une position dont ils ne pouvaient se dégager. Toutes les plaies restantes ont été guéries avant le quatorzième jour de l'immersion dans l'air échauffé.

Un lapin qui avait une plaie pénétrante de poitrine, avec résection d'une portion de côte, meurt en dix heures, après avoir été exposé à la température ambiante de 14°.

Un autre lapin ayant une plaie semblable, est placé dans une atmosphère à 36°, la tête en dehors : la plaie persiste pendant deux jours : le lapin mange de temps en temps : le soir du troisième jour il meurt. Nous l'ouvrons et nous trouvons son estomac et ses gros intestins perforés en huit ou dix endroits et la matière de la digestion épanchée dans l'abdomen.

Un troisième, opéré de la même façon, meurt en vingt-quatre heures à la température ambiante.

Un quatrième, opéré comme les précédens, est placé dans une chaleur de 36° le 27 octobre à midi; il en est tiré le 12 novembre : sa plaie est complètement cicatrisée à l'extérieur sans avoir suppuré.

Une amputation de cuisse, exposée à la température ambiante, présente un bon aspect jusqu'au troisième jour

où la suppuration commence ; elle devient de plus en plus abondante le quatrième et le cinquième; le sixième elle répand une odeur insupportable ; le septième, le lapin est dans la prostration, et le huitième il meurt au milieu de contractions tétaniques.

Une autre amputation de cuisse, exposée à la température de 36°, est recouverte au bout de vingt-quatre heures par la peau qui s'est rapprochée et agglutinée spontanément : l'état général du lapin, jusqu'au 3 novembre, est des plus satisfaisans, il ne paraît exister aucune inflammation ni aucune suppuration dans son moignon. Le 3 au soir, onze jours après l'opération, nous le trouvons mort, le ventre balloné, son estomac et ses intestins étaient perforés, et les matières digérées épanchées dans l'abdomen.

Un lapin ayant subi une amputation de jambe, est placé dans une atmosphère à 36° : il meurt le cinquième jour dans des convulsions tétaniques. Nous avons attribué cet accident à l'urine dont nous n'avions pu garantir le moignon.

Un autre lapin ayant subi une amputation semblable, meurt le septième jour avec une suppuration abondante et fétide, dans la température ambiante.

Nous avons fait une injection d'un à deux centimètres cubes d'eau froide à 8° + o, et une pareille d'eau chaude à 32° dans la tête de deux lapins. Tous deux éprouvèrent d'abord un étourdissement et une prostration prononcée, mais après une heure le lapin injecté à chaud ne paraissait plus se ressentir de l'opération ; le lapin injecté à froid parut souffrant et maladif pendant quarante-huit heures. Il refusait de manger et son poil resta tout hérissé. La même différence se manifesta dans deux injections comparatives de cinq à six centimètres cubes d'eau à 8° et à 32° faites dans l'abdomen sur deux autres sujets : tous quatre survécurent. Cette dernière expérience, répétée sur quatre chiens, la quantité d'eau étant doublée, a produit chez les uns et les autres, des hoquets, des vomissemens, des

tranchées toujours plus intenses et plus durables sur les deux chiens injectés à froid, mais se dissipant après quarante-huit heures chez ceux-ci, et après dix-huit ou vingt-quatre heures chez les premiers.

Enfin, dans un grand nombre d'opérations, surtout en faisant des plaies simples ou avec une perte de substance, nous avons essayé l'effet comparatif des instrumens chauds et froids, afin de déterminer quelle part pouvait avoir la température des instrumens dans la production de la douleur. Nous avons aussi employé un chien seulement pour cette expérience. Dans le plus grand nombre des cas nous avons remarqué un frémissement musculaire moindre, et l'absence de cris lorsque nous opérions avec les instrumens échauffés à 25 ou 30°. Mais dans un grand nombre de cas aussi, nous n'avons pu saisir de différence dans l'action des instrumens chauds et froids : les animaux restent impassibles sous leur impression.

Toutes ces expériences étaient à peu près terminées, lorsque M. Magendie, sur le rapport que lui fit M. Montègre, qui m'aida de ses conseils et de son adresse dans toutes mes expériences, voulut bien venir visiter mes appareils et prendre connaissance de ma manière d'expérimenter; il opéra lui-même deux lapins, en leur enlevant une portion de la peau du dos, large et arrondie à peu près comme une pièce de cinq francs. L'un de ces lapins fut mis dans une température de 45°, et l'autre abandonné à l'air libre : à huit jours de là, M. Magendie vint les visiter, et il put constater que la plaie échauffée ne présentait aucune trace de suppuration ni d'inflammation, qu'elle était recouverte d'une croûte mince rosée non-adhérente, et que les bords de la plaie n'étaient ni élevés, ni gonflés par l'irritation : ils étaient sensiblement rapprochés. La croûte enlevée ne laissa voir aucune des dispositions qui se rencontrèrent sur le lapin abandonné à l'air libre. Chez celui-ci les bords de la plaie étaient élevés au-dessus de son niveau, tuméfiés et détachés en partie d'une croûte épaisse

et adhérente qui couvrait la surface. Cette croûte enlevée, laissa voir à tout son pourtour une inflammation très prononcée et un commencement de suppuration qui ne devait pas tarder à envahir toute la plaie : nous avons également rompu plusieurs croûtes sur d'autres plaies traitées à chaud et à froid, la même différence existait dans toutes.

M. Magendie m'engagea à faire mes expériences sur l'homme, et particulièrement sur les ulcères. Il offrit son intervention et son appui pour faciliter mes essais. Bien que les ulcères ne fussent pas précisément dans les mêmes conditions que les plaies, ils n'en étaient pas moins une branche de la pathologie sur laquelle il importait d'étudier l'action de la température, et je m'empressai d'accepter son offre bienveillante.

C'est à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Ste.-Marthe, et sous les auspices de M. Breschet, auquel M. Magendie voulut bien me recommander, que je fis les quatre expériences que je vais détailler après avoir décrit l'appareil dont je me suis servi. Il est fort simple : il consiste dans une boîte parallèlipipédique de dix pouces carrés et de douze pouces de long (*V.* la planche fig. 5 et 6) : cette boîte est fermée à ses deux extrémités par une toile clouée à son pourtour, et présentant à son centre un trou qu'on peut aggrandir ou resserrer à volonté au moyen de fronces et d'un cordon traversant une coulisse qui le borde tout autour : le membre malade est engagé dans ces deux trous, et la plaie placée au milieu de la boîte : une porte qui ferme celle-ci par dessus, peut s'ouvrir et permettre d'examiner la partie soumise à l'influence de la chaleur. Latéralement l'appareil reçoit un tuyau qui marche horizontalement sur le lit et se porte en dehors, puis redescend verticalement, redevient horizontal, puis vertical pour s'adapter au verre d'une lampe placée à côté du lit. Au-dessus de la dernière portion du tube, est placée une coulisse qui tient ouverte ou fermée, à volonté, une ouverture destinée à laisser échap-

per une partie de la chaleur : un trou percé à la partie supérieure de la même paroi de la boîte, permet d'y placer un thermomètre, dont la tige saillante à l'extérieur indique la température. Les parties du membre qui sont en deçà et en delà de l'appareil, sont soutenues par des coussins, et de longs rubans fixent le tout au lit du malade qui doit rester couché et garder la même attitude que s'il avait une appareil de fracture.

Le 26 novembre, 1833 j'appliquai l'appareil caléfacteur à la jambe gauche d'un jeune postillon de Semur qui était au n.° 28 de la salle Ste.-Marthe. Il portait depuis quatre années, à la partie supérieure et interne de cette jambe, une plaie survenue à la suite d'une fracture comminutive, causée par une chute violente : après six mois une portion considérable du tibia fut extraite, et depuis cette époque la plaie résista à tous les moyens de traitement employés. Il était venu à Paris dans l'intention de se faire couper la jambe, et depuis long-temps il était à l'Hôtel-Dieu, lorsque M. Breschet me proposa de tenter sa guérison. La plaie présente une largeur de 20 lignes sur 36 de longueur; une seconde plaie, plus petite, et d'environ 7 lignes de diamètre, est située en haut et en dehors de la première; la suppuration est peu abondante. Après deux heures d'application d'une chaleur de 45°, les bords des plaies sont desséchés; après cinq heures les plaies sont recouvertes d'une croûte mince sous laquelle existe beaucoup de sérosité exhalée : le pouls est ralenti. Le lendemain, les deux plaies étaient revêtues d'une croûte sèche, sans liquide au-dessous, exactement de même aspect que celle qui s'était formée sur les plaies sanieuses des lapins. Le malade accuse un malaise général qu'il attribue à la chaleur, bien qu'il en trouve l'impression fort agréable pour sa jambe; il dit sentir un brûlement sous le sternum; son pouls est très-lent; il a moins d'appétit, des nausées. A huit heures du soir il éteint la lampe. Le lendemain j'enlève l'appareil : nulle trace de suppura-

tion n'existait la veille; elle est plus abondante aujourd'hui qu'elle n'a jamais été. Peu-à-peu, en huit à dix jours, la suppuration diminue, et la plaie reprend son premier aspect qu'elle gardait encore le 27 janvier 1834.

L'appareil n'a donc été appliqué que pendant trente-six heures, ce qui a suffi pour changer complètement l'état de la plaie et la marche de son travail. J'aurais vivement désiré qu'il pût être supporté jusqu'à la guérison qui se serait probablement opérée. Ce jeune homme a subi, plus tard, l'amputation à la Charité, où il est mort.

Le nommé Trainey (Claude-François), est entré à l'Hôtel-Dieu le 25 novembre 1833, où il a été placé au N.° 35 de la salle Sainte-Marthe; il est journalier, âgé de 67 ans, et demeure rue de la Roquette, N.° 30.

Depuis environ vingt-cinq ans ce malade portait un ulcère à la malléole interne de la jambe gauche. Cet ulcère se fermait de loin en loin pendant de très-courts espaces de temps; enfin depuis sept à huit mois il a reparu et s'est étendu plus qu'à aucune autre époque. Dans cet intervalle on a employé sans succès les bandelettes de diachylon et l'application de l'emplâtre diapalme que le malade n'a pu supporter. A son entrée à l'hôpital l'ulcère se présente avec les caractères suivans : il est situé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant un peu au-dessous de la malléole; il est ovale et présente dans son grand diamètre une longueur de 34 lignes, et dans son petit, une longueur de 25 lignes; il est couvert d'un pus sanieux et grisâtre; ses bords tuméfiés sont engorgés et entourés d'une auréole inflammatoire de trois pouces d'étendue en haut et d'un pouce en bas : la plaie est excessivement douloureuse; le malade ne trouve de soulagement qu'en tenant son pied élevé.

Le 27 novembre, je plaçai l'ulcère tel qu'il vient d'être décrit, et toute la partie inférieure de la jambe, dans un appareil dont je portai la température à 45° + o. Il était

huit heures du matin. A deux heures le malade ne ressentait aucune douleur; l'auréole inflammatoire avait entièrement disparu; la plaie fournissait une exsudation séreuse abondante. Le 28, elle était entièrement recouverte d'une croûte sous laquelle existait un pus épais blanc, sans odeur. Le 29, même aspect; le pus est abondamment sécrété et toujours de bonne nature. Les choses restent au même point jusqu'au 6 décembre. La température avait constamment été maintenue au même degré, mais pendant plusieurs heures, de nuit surtout, on avait laissé plusieurs fois éteindre la lampe : le malade s'en plaignait vivement, prétendant que son ulcère redevenait très-douloureux pendant ce temps. Le 6 décembre, j'enlève la croûte; une cicatrisation de 8 lignes en largeur et de 12 en longueur s'est opérée au-dessous, en sorte que l'ulcère est réduit à 17 lignes dans le premier sens, et à 22 dans le second. Le 7, une croûte s'est reformée sur la partie non cicatrisée : je la respecte jusqu'au 11, où je l'enlève. Une nouvelle cicatrice de 6 lignes sur la longueur et de 4 sur la largeur, s'était ajoutée à la première. Le même jour on ôta la lampe depuis une heure jusqu'à huit heures du soir, pour la remettre sous un autre appareil dont la lampe était dérangée. La malade s'en plaignit amèrement à moi le lendemain; il avait beaucoup souffert, disait-il, et nous avons en effet trouvé la plaie aggrandie dans tous les sens. Depuis ce moment le feu fut entretenu avec soin jusqu'au 13, où l'ulcère se trouva réduit à 6 lignes de large sur 13 de long : j'avais soin d'enlever les croûtes tous les deux ou trois jours. A partir du 13 décembre la cicatrisation marchait très-lentement, puisqu'elle ne devint complète que le 3 janvier 1834 au soir. Mais pendant tout ce temps la cicatrice se fortifiait successivement de la circonférence au centre, et acquérait la force et l'épaisseur de la peau, se couvrait d'une membrane épidermoïde d'une épaisseur assez grande pour qu'on dût l'enlever à plusieurs reprises.

Lorsque la cicatrisation se compléta, une croûte sèche et faisant suite à des écailles épidermoïdes la recouvrait et formait une saillie d'une demi-ligne. Je jugeai convenable de laisser le malade encore deux jours dans l'appareil, après quoi je l'en retirai. J'enveloppai son pied et le bas de sa jambe dans du coton. Le 8, j'ôtai la petite croûte, et la cicatrice était au-dessous parfaitement plane et très-solide. Elle se maintint et se fortifia jusqu'au 11, où le malade marcha sans en éprouver aucun inconvénient; néanmoins le premier jour l'articulation tibio-tarsienne était raide et la surface moyenne de la cicatrice violacée; mais à mesure que le malade prit davantage d'exercice, la raideur du pied se dissipa et la teinte violacée disparut (1).

Bredot (Bienaimé), serrurier, âgé de 39 ans, demeurant rue Beaubourg, N.° 62, est entré à l'Hôtel-Dieu le 16 décembre 1833, portant deux ulcères au niveau et au-dessus de la malléole interne de la jambe gauche, qu'il dit provenir d'une plaie d'arme à feu dont la cicatrice s'est rompue depuis sept à huit mois. Jusqu'au 24 décembre, ces deux ulcères sont pansés à plat avec des compresses fenêtrées enduites de cérat; le malade prétend qu'ils ont plutôt augmenté que diminué pendant les 8 jours écoulés. Le 24, on le tranfère à la salle Sainte-Marthe, au N.° 54, pour être soumis à l'action de la chaleur. De ces deux ulcères, l'un inférieur, recourbé en forme de C, à convexité interne et inférieure, embrasse et recouvre une partie de la malléole; il présente une longueur de 32 lignes sur 8 de largeur; l'autre, supérieur, distant de 6 lignes de l'extrémité interne du premier, présente un parallélogramme irrégulier de 8 lignes sur 10. Tous deux étaient

(1) Cet homme se présenta de nouveau à la consultation de l'Hôtel-Dieu, quarante jours après sa sortie, pour d'énormes varices; non-seulement son ulcère ne s'était pas rouvert, mais la cicatrice avait pris un degré de consolidation remarquable.

ouverts au milieu d'une surface violacée, et donnaient peu de suppuration. Après vingt-quatre heures ils étaient entièrement recouverts d'une croûte mince et transparente, laissant apercevoir une teinte rosée au-dessous d'elle, excepté à l'extrémité interne de la grande ulcération où l'on apercevait une teinte blanchâtre qui annonçait la présence d'un peu de pus. J'attendis encore quarante-huit heures, après quoi j'enlevai chaque croûte d'une seule pièce ; elles étaient toutes deux minces, transparentes, et semblables à du parchemin. Au-dessous d'elles et dans toute leur étendue, était une belle pellicule rose, de cicatrisation, mince à la vérité, mais parfaitement formée; il ne restait plus qu'une petite surface grande comme un ongle, correspondant au point où la couleur blanche annonçait la présence du pus, laquelle n'était pas guérie. Pendant deux jours une croûte se forma sur cette petite plaie, et toujours un peu de pus existait au-dessous d'elle. Le 30, on ordonna à mon insu un bain au malade : le malade se leva, marcha et laissa sa jambe exposée au froid pendant plus d'une heure sans que les cicatrices se soient rompues. J'arrivai heureusement assez à temps pour les préserver du bain; mais la petite surface ulcérée avait saigné beaucoup, et les chairs boursoufflées et flasques faisaient une saillie considérable relativement à l'espace. A dater de ce moment il fallut attendre jusqu'au 9 janvier pour que la plaie revînt à son état primitif, bien que j'aie touché plusieurs fois avec le nitrate d'argent, ce qui paraissait plus nuisible qu'utile, puisque la plaie saillante dans un endroit se creusait à pic dans un autre. Néanmoins après tout ce temps elle reprit un bon aspect et se réduisit à 2 lignes sur 4 lorsque le matin du 14 janvier 1834, je trouvai mon appareil enlevé et la plaie pansée avec un petit morceau de diachylon. La plaie, à mon sens et au dire du malade, avait doublé dans les vingt-quatre heures; elle était violacée et sécrétait une matière brune. Le lendemain 15, le même pansement

ayant été fait, elle avait acquis 10 lignes dans un sens et 6 dans l'autre; elle avait fourni une grande quantité de cette matière brune, et ses bords étaient blancs dans l'espace de 2 lignes tout autour. Tous ceux qui avaient suivi ce traitement étaient frappés de cette différence, notamment l'interne qui, pour expérience contradictoire, se chargea dès ce jour du traitement de cette plaie par les bandelettes agglutinatives : l'ulcère supérieur et toute la partie primitivement guérie de l'ulcère inférieur ont conservé l'intégrité parfaite de leur cicatrice, bien que le malade ait marché plusieurs fois depuis que l'appareil était enlevé. Sous l'influence du traitement dirigé par M. Dugarrey, la petite plaie fut complètement fermée en dix jours.

Le nommé Hue (Louis-Pierre), âgé de 71 ans, tailleur de pierres, demeurant rue de la Mortellerie, N.° 126, est entré à l'Hôtel-Dieu le 28 novembre 1833, où il a été placé au N.° 34 de la salle Sainte-Marthe. Il portait depuis 21 ans, à la malléole interne de la jambe gauche, un ulcère large de quatre pouces dans un sens et de trois pouces dans l'autre; sa surface était sanieuse et parsemée de taches noirâtres et livides; ses bords épais, relevés à pic, sont entourés d'une large auréole bleuâtre : un autre ulcère, de 12 lignes de longueur sur 7 de large, est placé un peu au-dessus de la malléole externe, et présente le même aspect que le premier. Le 30 novembre, ces deux plaies sont mises dans un appareil chauffé à 35°. Huit heures après l'application, un dégorgement séreux considérable s'opérait dans l'une et l'autre. Le lendemain leurs bords étaient secs et couverts d'une croûte mince; le centre du grand ulcère donne une suppuration blanche et épaisse. Le 6 décembre j'enlève les croûtes; une cicatrice de quatre lignes est formée tout autour du grand ulcère, dont les bords et la surface sont revenus au même niveau : le petit ulcère est réduit à moitié. Le 12, il est entièrement guéri. Le grand ulcère n'a gagné que deux lignes dans cet espace de temps.

Le caractère du malade est d'une vivacité que rien ne peut modérer ; il se déchire la jambe en se grattant ; il casse cinq ou six verres de lampe, et souvent il a été privé de feu. Je lui fais des reproches, et pour réparer ses torts il entretient jusqu'au lendemain une température de 60 à 70°. Sous cette influence l'ulcère suppure abondamment, répand une odeur désagréable jusqu'au 15. Je fis immédiatement abaisser la lampe jusqu'à 40° : le bon aspect revint, et la cicatrisation recommença et alla successivement en augmentant au milieu d'accidens sans nombre, jusqu'à réduire l'ulcère à un pouce de diamètre au 10 janvier. Dans la nuit du 10 au 11, la patience du malade fut à bout; il m'annonça le matin qu'il avait fait tort à son ulcère, et qu'il en avait gratté sans ménagement les bords et la surface : en effet, il avait détruit une bonne partie de la cicatrice la plus récente. Désespérant de contenir ce malade, je priai M. Dugarrey d'entreprendre le complément de la guérison par les bandelettes (1).

Tous les faits qui précèdent ont été soumis au jugement de l'Académie des Sciences, et MM. Magendie, Serres et Roux furent nommés commissaires, M. Roux, rapporteur de la commission, dut vérifier mes assertions, ou chercher à constater, par de nouvelles expériences faites sous ses yeux, si l'application de mes observations était facile et utile à la thérapeutique humaine.

Le premier malade qui me fut confié dans le service de M. Roux, à l'hôpital de la Charité, était un vieillard âgé de 71 ans, le nommé Bernonville, ébéniste, demeurant rue Bergère, N.° 21, et depuis quelque temps à l'hospice

(1) Quarante-huit jours après la plaie conservait la même étendue, malgré les soins de M. Dagarray : les bandelettes et le chlorure de chaux furent inutilement employés. Ce malade sortit de l'hôpital sans qu'on ait pu obtenir le complément de sa guérison ; guérison que j'aurais certainement obtenue si le malade eût été plus docile et plus patient.

des Vieillards : il était placé au N.° 39 de la salle de la Vierge.

Cet homme portait depuis six ans un ulcère à la malléole interne de la jambe droite : il en avait été traité et guéri cinq fois dans le même hôpital, et, terme moyen, son traitement durait cinq semaines ; il portait depuis long-temps un bas lacé pour protéger la cicatrice et combattre le gonflement œdémateux du bas de la jambe et du pied. L'ulcère s'était ouvert de nouveau depuis quelque temps ; il était entouré d'une auréole violacée, et présentait une étendue de 13 à 14 lignes dans un sens, et de 8 à 10 dans l'autre ; il sécrétait un pus roussâtre fort abondant relativement à la surface.

Après deux jours de repos et de pansement à plat qui parut plutôt augmenter que diminuer la suppuration, la jambe et le pied droit furent placés dans l'appareil chauffé et entretenu à 35°+0 cent. le jeudi 17 avril 1834, à huit heures du matin. Le lendemain, à pareille heure, l'ulcère était parfaitement sain et recouvert d'une croûte ou plutôt d'une membrane brune, sèche et adhérente. Le 19, cette membrane est plus sèche et plus étroite ; la peau est légèrement tiraillée et plissée par elle. Le 20 même état ; il ne se sécréte aucune espèce de pus ni d'humeur au-dessous de la croûte qui se raccornit de plus en plus. Le 21, j'en enlève la moitié, et nous trouvons au-dessous un tissu de cicatrice rosé parfaitement sec et solide. Le 22, j'enlève le reste de la croûte légèrement adhérent à son centre : la cicatrice se continue jusqu'au point où l'adhérence existait à ce même point. On observe un petit enfoncement d'une surface égale à celle d'une lentille, et présentant une légère humidité. Le 23, cette surface est desséchée, et le 24 la cicatrice paraît complète, solide et d'un aspect tout différent des cicatrices obtenues par les bandelettes agglutinatives. L'appareil est enlevé, et la jambe enveloppée dans du coton. Le malade marche le 25, et le 27 il sort de l'hô-

pital. Cet homme est venu me voir deux mois après sa guérison : il avait remarqué dans la boîte qui servait à le chauffer quelques vices de construction; il en avait fait une beaucoup meilleure qu'il m'apporta en venant me donner de ses nouvelles : la cicatrice s'était parfaitement maintenue. Six mois plus tard Bernonville revint me visiter, et sa jambe était restée parfaitement saine; la peau de la cicatrice avait de l'épaisseur, de la souplesse, et j'ai lieu de penser que jamais le même ulcère ne se rouvrira.

Vers le même temps, je plaçai dans un second appareil le genou d'un jeune homme affecté de tumeur blanche bien caractérisée, mais sans suppuration apparente ou sensible, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur; ce malade occupait le N.° 29 de la salle de la Vierge. Le premier effet de la chaleur que je portai tout d'abord à 45°, fut de faire disparaître des douleurs lancinantes très-vives, qui privaient depuis quelques jours le malade de sommeil et d'appétit; après trois jours le sommeil et l'appétit étaient complètement revenus. Dans le même temps, la tumeur augmenta de six lignes dans sa circonférence, et était constamment couverte de sueur; la peau qui la recouvrait était rose, souple, élastique; le malade y sentait un fourmillement continuel. Au vingtième jour de l'application de la chaleur, non-seulement la tumeur était revenue à son premier volume, mais elle avait perdu de six à huit lignes de sa circonférence. Le malade continuait à se bien porter; je crus convenable d'élever alors la température à 60°, et le lendemain le volume de la tumeur était plus considérable. Je persistai; elle augmenta encore pendant deux jours : la tumeur devint sensible au toucher. Je vis alors que je m'étais fourvoyé, et j'abaissai la température à 45°. Après quatre jours, tout était rentré dans l'ordre, c'est-à-dire, que la tumeur était revenue à son moindre volume; que la peau était rose, humide, élastique, et non douloureuse au toucher. J'en étais là de mon expérience, lorsque M. Roux m'engagea à

ôter mon appareil. J'avais demandé trente jours pour l'épreuve; je dus céder, quoiqu'avec un extrême regret; car, soit que la chaleur finit par faire résoudre la tumeur, soit qu'elle la surexcitât de façon à déterminer une arthrite aiguë, j'espérais obtenir un résultat décisif. Quoi qu'il en soit, ce jeune malade resta encore dans les salles pendant plusieurs mois, après lesquels il sortit non guéri, mais en assez bon état.

Le 17 avril 1834, je mis dans un troisième appareil chauffé à 35°, un ulcère datant de huit années, occupant toute la partie postérieure, inférieure et externe de la jambe gauche. Lorsque le malade entra à la Charité, la surface de l'ulcère présentait un diamètre moyen de quatre pouces; on employa d'abord les cataplasmes, puis les bandelettes, puis la compression, et l'on obtint en trois mois et cinq jours une réduction telle, que le diamètre moyen était d'environ trois pouces. Depuis trois ou quatre semaines, l'ulcère ne faisait plus aucun progrès vers la guérison, et c'est à ce moment qu'il me fut confié. La cicatrice qui l'environnait était violacée, excessivement mince, tendue, prête à se rompre. La surface de l'ulcère saignait au moindre attouchement; la jambe était étranglée à son niveau par l'action des bandelettes et de la compression. Enfin cette plaie, la plus ingrate qu'on puisse imaginer, était immédiatement assise sur un énorme gonflement du tiers inférieur du péroné supérieurement, et son extrémité inférieure répondait à une dépression profonde, le tendon d'Achille ayant été enlevé dans les premiers temps de la maladie : en un mot, l'état de la jambe et du pied, l'un et l'autre déformés, était tel, que M. Roux pensait que le seul moyen qu'on pût opposer à un pareil mal était l'amputation : j'ajouterai que le malade avait un de ces caractères inquiets, tracassiers et tremblans qui font le désespoir de la médecine et de la chirurgie.

Pendant les deux premiers jours de l'application de la

chaleur, la jambe et le pied se gonflèrent légèrement, l'ulcère se dégorgea abondamment. Le troisième jour, la suppuration était diminuée de beaucoup et commençait à se former en croûte, lorsque dans la nuit un veilleur, pris de vin, éleva la lampe au point que la chaleur éveilla le malade qui se prétendit brûlé et se fit ôter immédiatement l'appareil. Cinq jours après M. Roux demanda que l'expérience fut reprise : j'avoue que je n'y consentis qu'avec répugnance, connaissant l'esprit indocile et timoré du malade. Cependant l'ulcère fut remis, le 1.er mai, dans l'appareil. A la suite de la première application, la cicatrisation avait marché de nouveau; l'ulcère s'était divisé en deux par une bande étroite de cicatrice : l'une des portions avait environ six lignes de diamètre dans un sens et huit dans un autre; l'autre avait 2 pouces et demi dans un sens, et 12 à 15 lignes dans l'autre. Les bords du grand ulcère étaient élevés et saillans de 1 à 2 lignes au-dessus du fond. Le 6 mai le petit ulcère cessa de suppurer, se couvrit d'une croûte, et le 10 la croûte tomba; il était fermé. Le 17 mai, une croûte pareille se forma sur le grand ulcère qui était réduit à 18 lignes de hauteur sur 7 de large. Le 18 il n'existait pas de pus sous la croûte; le 19, de même. Le 20, je crus pouvoir ôter l'appareil; il était trop tôt. Pendant quatre jours la croûte se maintint sèche; mais le cinquième on sentit une légère fluctuation au-dessous. J'enlevai la croûte, j'essuyai le pus, et les chairs étaient parfaitement belles et tout-à-fait de niveau avec la cicatrice environnante. On reprit les pansemens à plat; l'ulcère s'étendit de nouveau et suppurait abondamment. J'appliquai l'appareil une troisième fois, et la suppuration s'arrêta dans les vingt-quatre heures, la cicatrisation recommença de façon à réduire l'ulcère à 10 lignes sur 6. Le progrès s'arrêta là : cette petite surface saignait au moindre contact. On reprit les bandelettes inutilement. L'amputation fut proposée et repoussée par le malade qui sortit sans être guéri.

Ce cas, où je n'eus pas de succès, fut pour moi la preuve la plus éclatante de l'énorme influence qu'une température élevée et sèche peut exercer sur la cicatrisation.

J'avais quelque temps auparavant fait un essai du même genre dans un cas à-peu-près analogue. Un jeune militaire placé dans les salles de M. Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grâce, portait sur toute la longueur du tendon d'Achille de la jambe droite, une plaie large de deux doigts, couverte de callosités et percée de douze à quinze orifices fistuleux, répondant à des canaux qui pénétraient jusque derrière le tendon. La surface de la plaie et les fistules rendaient en abondance un liquide séreux; le tissu cellulaire sous-jacent était induré de place en place, et cet état résistait depuis neuf mois, sans la moindre amélioration, aux soins les plus éclairés. Il était la suite d'un vaste abcès formé en avant du tendon d'Achille, et cet abcès avait été ouvert par trois incisions longitudinales. Après quinze jours d'immersion dans la température sèche de 35°+o cent., la plaie était complètement guérie; il ne restait plus que les orifices des trajets fistuleux, qui, au lieu d'un liquide sanieux, rendaient un pus blanc, épais, peu abondant. Au 25.e jour, les fistules supérieures ont cessé de suppurer, et au 32.e elles étaient cicatrisées. Toutes les indurations et callosités ont disparu. Trente-six jours après l'application de l'appareil, il ne restait plus que les deux orifices fistuleux les plus inférieurs. Il ne m'a pas été permis de prolonger mon expérience au-delà de ce temps. Dès les premiers jours de l'emploi de la chaleur, les douleurs, qui étaient assez vives et surtout fatigantes par leur persistance, ont disparu. Le malade n'a pas un instant cessé de se bien porter.

Avant d'aller plus loin je dois me hâter de dire que je n'ai point obtenu, dans les hôpitaux, les sujets ou les cas en vue desquels mes expériences avaient été faites : plusieurs faits de simple observation m'avaient porté à penser

que la suppuration était loin d'être un phénomène nécessaire à la cicatrisation des plaies graves lorsqu'elles n'étaient pas réunies par première intention ; je la considérais comme un accident fâcheux provoqué par le contact des pièces d'appareil, par le croupissement des matières exsudées, et par le contact d'une température froide ou humide. Je fus convaincu, par mes expériences sur les animaux, qu'il en était véritablement ainsi, et je demandais des plaies fraîches, des amputations, et généralement toutes les solutions de continuité dans lesquelles on a lieu de redouter les terribles effets de la suppuration : à la vérité mes vues ne s'arrêtaient pas là, par rapport aux effets de la chaleur sèche appliquée sans interruption ; aussi devais-je accepter les essais sur les ulcères et sur les plaies anciennes et compliquées : mais ils ne remplissaient pas le but principal que je m'étais proposé dans mes premières recherches ; ils commençaient plutôt une seconde série d'expériences.

Je citerai un autre cas également en dehors de la question spéciale, mais qui se rapporte à l'étude générale de l'influence de la chaleur sur l'organisation. M. Roux ayant pratiqué la ligature de l'artère crurale pour un anévrysme de l'artère poplitée, le samedi 7 juin 1834, le lendemain 8 le malade se plaignit de crampes excessivement douloureuses qui l'avaient complètement privé de sommeil : ces crampes persistaient malgré les soins pris pour échauffer la jambe et le pied, par les moyens employés habituellement en pareil cas. J'étais alors absent. M. Roux fit placer le membre malade dans mon appareil, dont on fixa la chaleur à 35° + o cent., et, après deux heures de caléfaction, les douleurs et les crampes avaient complètement disparu ; il ne resta plus qu'un sentiment de pesanteur et de picotement dans le pied. Le malade dormit très-bien la nuit suivante, et le lendemain il se félicitait de l'amélioration qu'il avait obtenue. Ce bien-être continua jusqu'au mercredi

11 juin, époque à laquelle M. Roux jugea que l'appareil pouvait être enlevé sans inconvénient. Cependant les douleurs reparurent, beaucoup moins intenses il est vrai, mais assez pour prouver que la chaleur seule de l'appareil les avait dissimulées jusque-là.

Voilà toutes les épreuves qu'il m'a été permis de faire jusqu'ici sur l'emploi de la chaleur locale.

Dans ma pratique particulière, j'ai commencé l'emploi de la température diffuse dans un cas de sciatique invétérée; mais je n'ai pu obtenir une immersion permanente dans l'atmosphère artificielle. La personne affectée, à laquelle je n'ai point dissimulé qu'il s'agissait d'une expérience, cédait à mes instances plutôt par bienveillance que par conviction, et j'ai dû me contenter de quelques séances de deux, trois ou quatre heures chaque jour ou tous les deux jours. L'appareil que j'ai employé était fort simple et très-commode (*V.* la planche fig. 6) : il consiste dans une caisse en bois dans laquelle est placée une chaise; une porte latérale permet au malade d'entrer, et lorsqu'il est assis une pièce de drap clouée au pourtour d'une portion de la paroi supérieure laissée libre, est fixée par une ceinture autour de ses reins, en sorte que tout le bassin et les deux membres abdominaux sont enfermés dans la boîte. La chaleur est produite par une lampe à esprit-de-vin, à un, deux ou trois becs, et introduite par une petite cheminée en fer-blanc adaptée à la boîte vis-à-vis les pieds. En quelques minutes la chaleur peut être portée de 30 à 70°. Une coulisse est destinée à laisser échapper l'excédant de la chaleur, et un thermomètre placé devant le malade indique à chaque instant la température intérieure. Dans cet appareil on peut se livrer aux travaux de cabinet et à tous ceux qui n'exigent aucun déplacement.

Le premier essai fut fait au milieu d'un accès violent de sciatique, durant depuis dix à douze jours, et produisant une insomnie complète par l'intensité des douleurs. Il dura deux

heures seulement, et la température fut élevée graduellement depuis 35 jusqu'au 50°. Au sortir de l'appareil M. L. se coucha : une douce moiteur affaiblit peu-à-peu l'intensité de ses douleurs, et il s'endormit bientôt jusqu'au lendemain, où il se trouva en état de sortir dans une bonne voiture bien fermée. Néanmoins l'accès revint vers quatre heures du soir; une seconde séance produisit le même effet que la veille, et fut suivie de deux jours de calme. Une nouvelle sortie, ou toute autre cause, amena une seconde rechute, qui fut suivie d'un nouveau calme. Le 11 décembre M. L. m'écrivait :

« J'ai recommencé hier nos bains d'air chaud, après deux jours seulement de relâche. J'ai pris ce dernier de trois heures entières, à 45°. C'est un de mes mauvais jours; je n'ai éprouvé que de la fatigue et point de soulagement, ni pendant ni après. Je m'y remettrai tantôt à six heures, et peut-être aujourd'hui que j'ai moins de souffrances et de malaise, le bain fera-t-il mieux. »

J'engageai M. L. à persister dans l'emploi de la chaleur, ce qu'il fit jusqu'au 1.er janvier, et pendant ce temps l'accès disparut entièrement. Etait-ce par l'effet de la médication, était-ce parce que l'accès arrivait naturellement à sa fin ? Je n'en sais rien. J'attends d'autres faits pour m'éclairer et décider mon opinion à cet égard.

Quant à la température générale, je n'en ai fait encore aucune application à la pathologie humaine.

En résumant les faits, on peut observer que sur les animaux :

1.° La guérison des plaies a toujours été plus rapide dans une température au-dessus de 30° sans pansement, que dans une température inférieure avec ou sans pansement.

2.° Quelques plaies ont guéri dans la température élevée qui n'ont pas guéri dans la température ambiante.

3.° La plupart des plaies ont guéri dans la première sans

inflammation (1) ni suppuration, ce qui n'a pas été observé dans la seconde.

4.° Des plaies en pleine suppuration ont cessé de suppurer étant exposées à la chaleur, et sont rentrées dans la condition des plaies fraîches, pour se guérir ensuite comme elles.

On a pu remarquer que sur l'homme :

1.° Un ulcère pouvait arriver à parfaite guérison sans pansement et sans autre moyen que l'élévation de la température.

2.° La chaleur atmosphérique peut déterminer la formation d'une cicatrice très-étendue en quarante-huit heures, sur une plaie ancienne.

3.° Dans tous les cas elle aide puissamment la cicatrisation et en est une des conditions les plus favorables.

4.° Loin d'enflammer les parties sur lesquelles on l'applique, elle peut faire disparaître l'inflammation existante.

5.° Elle peut porter son action profondément et agir, passagèrement du moins, sur un mal interne.

Enfin on peut voir qu'elle peut être supportée à 45° pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines sans déterminer d'accidens fâcheux.

L'effet délétère du contraste des températures s'est constamment montré tant sur l'état général que sur les plaies : ainsi toutes les fois que nous exposions un lapin á une température élevée, il paraissait s'y bien porter après quelques heures ; mais le passage de l'air ambiant à l'air chaud était toujours marqué par un état maladif très-prononcé. De même en le sortant de l'air chaud, où il était resté long-temps, pour le replonger dans un air froid, il éprouvait un malaise qui pouvait aller jusqu'à la défaillance. En exposant une plaie fraîche à la chaleur, aucun

(1) Je ne puis appeler inflammation le travail normal de la cicatrisation, qui ne s'exécute bien qu'en l'absence de la douleur, de la tumeur, de la rougeur et de la chaleur anormales.

travail inflammatoire ne s'y développait, et elle pouvait cicatriser sans suppurer; mais si on l'exposait à l'air froid avant sa guérison, elle s'enflammait et suppurait beaucoup plus abondamment que si elle y fût constamment restée. Une plaie suppurant depuis long-temps à l'air froid, placée dans une atmosphère chaude, fournissait pendant quelques heures une suppuration plus abondante qui ne tardait pas à se tarir. Cet effet s'est montré d'une manière aussi évidente sur les ulcères humains.

Je me suis contenté jusqu'ici d'exposer les faits dans toute leur simplicité, je dois maintenant faire connaître les motifs qui me les ont fait chercher et les vues qu'ils m'ont suggérées. Je suis loin de me dissimuler leur insuffisance; aussi je me garderai bien de fonder sur eux aucun système, aucune théorie : je me contenterai d'examiner s'ils sont de nature à laisser entrevoir une nouvelle voie thérapeutique, et j'appellerai sur cette seconde partie de mon mémoire toute l'indulgence de mes confrères.

En étudiant comparativement l'étiologie des maladies et la thérapeutique, on se demande comment la température atmosphérique joue un si grand rôle dans la première, et comment celui qu'elle joue dans la seconde est si petit.

Depuis que la médecine existe on n'a cessé d'attribuer, et avec raison, une foule de maladies aux climats, aux saisons et à leurs intempéries. Sydenham pense que la pathologie doit à leurs vicissitudes les trois-quarts de son domaine, et les premiers élans du génie médical ont été consacrés à signaler l'importance de cette influence.

Pourquoi donc les thérapeutistes, si peu sévères dans le choix de leurs moyens, si hardis dans leurs expériences, ont-ils dédaigné d'employer un agent si puissant ? L'observation a-t-elle démontré son inefficacité ou bien son action délétère ? La physiologie condamne-t-elle son emploi, et son emploi répugne-t-il essentiellement à quelque fonction importante ? Non : l'observation a démontré jusqu'à l'évi-

dence l'heureux effet des changemens de saisons et de climats sur un grand nombre de maladies. La physiologie nous apprend que rien n'agit plus fortement sur la formation, l'accroissement de l'organisation, sur l'évolution, la succession et la manifestation plus ou moins énergique des phénomènes vitaux que les diverses températures, qu'aucune fonction n'est attaquée directement par elles, et que toutes s'y exécutent régulièrement dans certaines limites.

La difficulté de créer une atmosphère spéciale a-t-elle été la cause de cette négligence? Je ne le crois pas; car le progrès des sciences physiques a mis à notre disposition tous les moyens nécessaires pour échauffer une atmosphère, en fixer l'état hygrométrique, et la renouveler constamment. Je sais qu'un climat et qu'une saison ne sont pas constitués par ces seules conditions, mais elles en sont les conditions essentielles et sont suffisantes pour changer le rythme des fonctions. Je le prouve par un fait vulgaire. Avons-nous besoin de transporter le sol, les eaux et l'air de la zône-torride pour faire vivre et croître dans nos serres les végétaux qu'elle produit? Cependant l'eau, l'air et le sol sont à-peu-près les seuls alimens des végétaux; les nôtres leur conviennent donc s'ils trouvent chez nous la même chaleur et la même sécheresse. Je dis plus; l'atmosphère spéciale artificielle offre une garantie que l'atmosphère naturelle ne peut jamais offrir; c'est l'invariabilité de ses propriétés.

Ces considérations, auxquelles je pourrais donner plus d'étendue sans leur donner plus de force, seront sans valeur tant que l'expérience n'aura pas prononcé; mais sont-elles de nature à provoquer l'expérience? je le crois.

Maintenant quelles maladies doivent être soumises d'abord à l'épreuve d'une atmosphère échauffée?

Avant de répondre à cette question, je dois dire qu'il importe de distinguer trois espèces d'atmosphères artificielles : 1.° celle qui doit agir sur un point circonscrit et

fort peu étendu de la surface du corps, pour guérir une lésion également peu étendue et circonscrite ; atmosphère locale ; 2.° celle qui doit porter son action sur un ou deux membres, sur la moitié ou la totalité du tronc, pour détruire un trouble fonctionnel, une maladie diffuse, atmosphère diffuse ; 3.° celle qui doit porter son action sur l'organisme tout entier, les organes respiratoires compris, atmosphère générale.

Pour se déterminer dans le choix des maladies qui, soumises à l'influence de ces diverses températures, doivent, *à priori*, faire espérer le plus de succès, il suffit d'étudier avec soin leur étiologie. On remarquera que quelques-unes sont tout-à-fait particulières aux pays froids ; qu'elles apparaissent ou s'exaspèrent dans les saisons froides ; qu'elles s'arrêtent dans leur marche ou se ralentissent sous l'impression des saisons et des climats chauds ; qu'elles attaquent souvent les hommes et les animaux transportés des pays chauds dans les pays froids ; par exemple la phthisie pulmonaire. On remarquera que partout où l'humidité vient se joindre au froid pour s'opposer aux fonctions de la peau, certaines affections seront plus fréquentes qu'aucune autre, et modifieront des organisations assez profondément pour les constituer dans un état morbide général : ainsi sont les maladies scrofuleuses. De même, certaines affections peuvent être à-peu-près exclusivement causées par les brusques alternatives de chaud et de froid sur une partie du corps, comme les rhumatismes. En examinant l'effet des climats chauds sur la prompte évolution de la puberté chez les femmes, le retard qu'apportent au contraire les climats froids à cette évolution, la promptitude et la facilité avec lesquelles le froid subit suspend la menstruation lorsqu'elle est établie, l'efficacité des bains de siége et de vapeur, même peu prolongés, pour la rétablir, on sentira de quelle utilité pourrait être, dans l'aménorrhée ou la dysménorrhée, l'influence prolongée d'une atmosphère convenablement échauffée.

En poussant plus loin l'examen des causes, et surtout à mesure qu'on s'éclairera davantage par l'expérience sur la valeur des atmosphères spéciales et sur les moyens de les approprier aux maladies, on en fera peut-être des applications infiniment plus étendues; mais en attendant je dois en restreindre l'essai à un très-petit nombre de cas dans lesquels les bons effets de la chaleur ont déjà été constatés.

Ainsi la température locale me paraît devoir être essayée d'abord sur les plaies, sur les ulcères, sur les engorgemens scrofuleux, sur les douleurs rhumatismales et sur les tumeurs blanches; la température diffuse, sur les sciatiques, les aménorrhées accidentelles, la paraplégie; la température générale, dans l'aménorrhée des jeunes filles, dans la diathèse scrofuleuse, dans la phthisie pulmonaire.

Pour cette dernière affection, un fait vient s'ajouter aux faits nombreux qui donnent déjà l'espoir d'obtenir sa guérison. Puisque la chaleur seule de 30 à 40° peut déterminer la cicatrisation d'ulcères extérieurs; n'a-t-on pas droit de croire qu'elle aura la même efficacité sur les ulcères intérieurs qu'elle touchera de la même façon?

Quoi qu'il en soit, je crois qu'il est de la dernière importance pour la science de déterminer la valeur positive d'un moyen thérapeutique fondé sur la plus saine physiologie et sur l'observation; moyen qui a été complètement négligé jusqu'ici. On a bien associé la chaleur aux liquides, aux solides, aux gaz, à l'atmosphère même, mais toujours son application a été bornée à quelques minutes ou à quelques heures, et je n'ai pas besoin de répéter encore les raisons qui me font mettre une différence essentielle entre une chaleur intermittente et une chaleur continue : la première m'a toujours paru une cause puissante des troubles de l'organisme, tandis que je vois dans l'autre un moyen encore plus puissant de guérison.

Mémoire sur les maladies du système lymphatique; par A. VELPEAU, *professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de la Charité.* (Fin).

§. IV. *Traitement.* — Toutes les médications proposées contre la phlébite, l'érysipèle et le phlegmon, ont été opposées à l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, d'abord parce qu'on a presque toujours confondu l'angioleucite avec l'une ou l'autre de ces maladies, puis parce que c'est une inflammation qui de prime-abord semblait devoir trouver son remède dans les moyens antiphlogistiques ordinaires. On l'a donc traitée tour-à tour par les émissions sanguines et les émolliens, par les vésicatoires volans, par les incisions multiples, par les frictions mercurielles ou iodurées, par la compression, par les purgatifs, etc. Or, l'expérience m'a démontré que ces différentes ressources étaient toutes insuffisantes, ou toutes utiles, et que pour s'entendre sur la valeur de chacune d'elles, il fallait d'abord savoir isoler l'angioleucite de toute autre maladie.

1.° La *saignée générale*, qui convient au début quand le sujet est jeune ou fort et qu'il y a de la fièvre, ne sert à rien s'il n'y a que peu de réaction, et nuit, à partir de la période de suppuration de même qu'à toutes les époques, chez la plupart des vieillards et des individus dont la constitution est délâbrée. Les sangsues appliquées une ou plusieurs fois en grand nombre sur les foyers inflammatoires principaux, sont utiles ou nuisibles dans les mêmes circonstances, quoique plus généralement efficaces.

2.° Des *cataplasmes émolliens* sur la solution de continuité et des compresses de même nature sur les stries ou les plaques érysipélateuses, seuls topiques convenables tant qu'on s'en tient au régime affaiblissant, n'ont par eux-mêmes que peu d'efficacité. Ces topiques pourraient agraver le mal dès le principe, et n'offrent quelques avan-

tages que dans les périodes suivantes ; encore est-ce uniquement à titre de moyens accessoires.

3.° Les *vésicatoires volans* ont souvent été essayés par moi. Ils sont tout-à-fait incapables de faire rétrograder ou d'éteindre l'inflammation. Leur action se borne à hâter, à décider une suppuration ou une résolution jusque-là incertaine, quand on les applique sur le point culminant des masses indurées.

4° C'est envain qu'on criblerait la partie *d'incisions* longues et profondes avant que la suppuration soit établie. Aussitôt que la présence du pus n'est plus douteuse, que des collections de ce liquide sont évidemment formées, il importe au contraire de ne pas les ménager. Leur but alors est de livrer isssue aux matières sécrétées, et non plus, comme dans l'érysipèle phlegmoneux, de prévenir la suppuration. Les pommades iodurées ne conviennent que vers la fin et lorsque l'induration est à craindre.

5.° Lorsque les douleurs sont très-vives, les lotions chargées de *laudanum* ou de quelqu'autre principe narcotique, peuvent être de quelque secours à titre de palliatifs et de calmans; mais elles n'ont en réalité aucune vertu curative.

6.° Jusqu'à présent je n'ai fait usage de *l'eau froide* que chez deux malades. La région enflammée avait été couverte de compresses en plusieurs doubles soutenus par une bande pendant deux jours. Le tout fut continuellement imbibé d'eau à la température ordinaire, ainsi que je l'emploie depuis 1829, dans une foule de blessures; mais les douleurs et le gonflement augmentèrent tellement qu'il fallut y renoncer. Le raisonnement indique d'ailleurs qu'une phlegmasie qui se compose de tant de foyers distincts, de plaques, de filamens et de noyaux situés à des profondeurs si diverses, ne doit céder que rarement à de simples topiques réfrigérans. Restent la compression et les onctions mercurielles.

7.° Si l'angioleucite est superficielle ou beaucoup plus

étendue en surface qu'en profondeur, une *compression* bien faite peut l'éteindre ou la résoudre en quelques jours quand il est possible de commencer cette compression au-dessous et de la prolonger au-delà des points affectés, et tant qu'il n'y a point encore de suppuration. Dans les autres cas elle reste ordinairement impuissante et pourrait même aggraver le mal. Son efficacité ne peut plus être révoquée en doute, au contraire, lorsque les foyers purulens ont été ouverts, et que le gonflement ou l'empâtement phlegmasique commence à revêtir quelques-uns des caractères de l'œdème.

8.° Cherchant à concilier les résultats si contradictoires que divers observateurs disent avoir obtenus des *onctions mercurielles* employées d'abord par moi dans le traitement de l'érysipèle, je crus bientôt en avoir trouvé le moyen en admettant que, réellement avantageuses quand il s'agit d'une inflammation des lymphatiques, cette médication pouvait bien être complètement inutile dans les phlegmasies de la peau ou du tissu cellulaire proprement dit. Sous ce rapport mes présomptions n'ont encore été qu'imparfaitement justifiées par les faits. La tuméfaction des ganglions, les stries, les rubans rosés de la peau et la douleur de toute la partie ont constamment diminué, dès le premier jour, sous l'influence de l'onguent mercuriel. Il en a été de même de la tuméfaction générale et des autres phénomènes inflammatoires chez trois sujets où la résolution a véritablement semblé dépendre de ce médicament; mais dans douze autres cas la suppuration a fini par s'établir, comme on le voit à la suite de chacun des autres traitemens vantés dans la pratique. Peut-être pourrais-je conclure de mes essais cependant, que la pommade mercurielle agit comme résolutif puissant sur les vaisseaux et les ganglions lymphatiques enflammés, tandis qu'elle n'est que d'un assez faible secours contre les phlegmasies concomittantes des tissus interposés. Du reste, j'avoue que là-dessus l'expérience a besoin d'être encore consultée.

9.° *Résumé.* — Au demeurant, voici la thérapeutique qui m'a semblé le mieux réussir : s'il existe une plaie ancienne ou récente, on la couvre d'un épais cataplasme. La reaction artérielle est-elle manifeste, on pratique une large saignée, puis on prescrit un bain tiède d'une heure. Des sangsues seront appliquées au nombre de 20 à 30 autour de la blessure s'il s'y est développé de la rougeur, du gonflement ou de la rougeur. La compression par le bandage roulé vient ensuite, et, pour en aider l'action, on imbibe l'appareil plusieurs fois le jour d'une liqueur résolutive. L'eau froide conviendrait peut-être sous cette forme. Si la compression ne réussit pas, les onctions mercurielles sont indiquées. J'en fais faire trois de deux gros chaque dans les vingt-quatre heures sur toute l'étendue et même un peu au-delà des régions douloureuses. Lorsque la peau en est trop chargée, on l'en débarrasse à l'aide d'un peu d'huile, et on donne de nouveau un bain. Aussitôt que de la fluctuation, quelqu'obscure qu'elle soit, se manifeste sur un point ou sur un autre, le bistouri devient nécessaire; car tous les abcès de ce genre doivent être ouverts largement et de bonne heure. A partir delà on peut en revenir aux cataplasmes sur les noyaux abcédés, et à la compression si la forme de la partie le permet. Quand la résolution ne s'opère pas, et que la suppuration tarde trop à se montrer, il est permis de recourir aux vésicatoires. On les porte successivement ou même simultanément sur les points qui ont été le plus enflammés et qui sont encore le plus engorgés. Plus ils sont larges et mieux ils valent. Ils forment un des meilleurs maturatifs et des meilleurs résolutifs à-la-fois que je connaisse. J'en ai retiré d'excellens effets en pareil cas. Des masses, des indurations qui semblaient interminables ont fini par se dissiper ou par se liquéfier en peu de temps sous leur influence. Un purgatif tous les trois ou quatre jours pendant une semaine ou deux, n'est pas à dédaigner non plus pendant cette période. On s'en dispenserait,

avec soin cependant, s'il y avait de la diarrhée ou quelqu'autre signe d'affection sérieuse du côté des entrailles. Plus tard encore, c'est-à-dire au moment où les plaies cessent de suppurer, il est parfois indispensable de songer aux frictions avec les pommades iodurées, à cause de l'empâtement, de l'induration, qui tendent souvent à persister sur plusieurs points. L'onguent mercuriel à petites doses devrait être préféré si le point à résoudre offrait une grande étendue. La compression vaudrait encore mieux si elle pouvait être appliquée. Des bains seraient associés à tous ces moyens. Je n'ai pas besoin d'ajouter que du commencement à la fin la tisane et le régime devront être en rapport avec l'état des voies digestives et le degré de réactions générales. Les plaies, les ulcères, les escarres suites de l'angioleucite, réclament d'ailleurs les mêmes soins que dans toute autre circonstance.

§ V. *Diagnostic différentiel.* — Si l'inflammation des vaisseaux lymphatiques a souvent été confondue jusqu'ici avec d'autres maladies, c'est qu'elle se rapproche en effet par quelques-uns de ses caractères, de plusieurs autres affections, de la phlébite, de la neurite ou des névralgies, de l'érysipèle, du phlegmon, par exemple. Cependant comme elle diffère, sous une foule de rapports, de ces sortes de lésions, l'examen de ses principaux symptômes doit permettre d'éviter de semblables méprises. La phlébite est produite par les mêmes causes, ou se développe sous les mêmes influences, il est vrai, mais sa marche et ses caractères anatomiques sont loin d'être en tout les mêmes. Elle est le plus souvent annoncée par des symptômes purement locaux au lieu de commencer par une réaction générale. Les rubans rouges qui la décèlent sont plus larges, moins nombreux, moins souvent entrecroisés, plus profondément situés, et correspondent à autant de cordons durs, arrondis, mobiles, douloureux, et parfois aussi volumineux que le doigt. Les plaques rouges, quand il s'en

développe, reposent sur des noyaux plus larges, moins profonds et moins durs. Les plaques se réunissent rarement de manière à constituer un véritable érysipèle. La suppuration est plus prompte, et les abcès qui en résultent sont, ou diffus comme dans l'érysipèle phlegmoneux, ou moins chargés de liquide qu'on ne le croirait avant de les ouvrir. Le pus qui en sort dans ce dernier cas est souvent roussâtre et comme mêlé à du sang décomposé. Leur nombre n'est jamais très-considérable. C'est presque toujours sur le trajet des gros troncs veineux et non indifféremment sur les diverses régions d'un membre, qu'on les voit survenir. Le gonflement est généralement moindre, et ne comprend ni toute l'épaisseur, ni toute la circonférence de la partie. La peau n'est ni tendue, ni luisante; elle est plutôt épaissie ou simplement enflammée. Si l'infiltration se joint à l'engorgement phlegmasique, elle reste à-peu-près constamment au-dessous du degré qui pourrait en imposer pour un œdème. C'est plutôt sous la peau qu'elle semble résider et avec les caractères de l'empâtement qui, dans le phlegmon diffus, indique la présence du pus. Une fois ouverts, les dépôts de la phlébite se vident et se résolvent promptement sans laisser d'indurations profondes au-dessous. *Les ganglions lymphatiques ne sont ni gonflés ni douloureux.* La douleur est moins vive et plus sourde. Les accidens généraux sont moins inflammatoires qu'adynamiques, et ne se montrent guère qu'à dater du moment où le pus sécrété, exhalé par les veines, commence à circuler avec le sang. Leur développement alors est très-rapide. Les frissons, les tremblemens sont et plus longs et plus forts, quoique très-irréguliers. Le pouls est plus petit et plus inégal; la langue devient plus limoneuse, et plus souvent rousse, puis noirâtre avant de se sécher ou de paraître croûteuse. Il y a moins d'agitation, d'anxiété, de chaleur et de soif. Le délire et les sueurs inégales arrivent plus vite. De la stupeur ne tarde pas à se faire remarquer dans la physionomie. On

stries rouges, ni de tuméfaction des ganglions lymphatiques. L'inflammation qui le constitue semble marcher de l'épiderme vers les couches profondes de la peau, et ne se montre point par plaques disséminées. L'enflure sous-jacente qu'il fait naître est égale, purement sous-cutanée, et non profonde, ni distribuée par masses ou par noyaux. Il s'étend par continuité de tissu, au lieu de paraître comme par bonds sur différentes régions. C'est la peau et non la couche située au-dessous qui en est le siége primitif et spécial. Sa marche est plus rapide et les accidens généraux graves, tels que le délire, et la sécheresse de la langue, arrivent souvent dès le 4.[e] ou le 5.[e] jour. Il se termine rarement par suppuration ou par induration. La résolution s'en opère du 3.[e] au 8.[e] jour. S'il cause la mort, ce n'est presque jamais par les désordres locaux. Sa marche est à peine modifiée par les topiques. Les sangsues n'y font rien, ni la compression non plus, si ce n'est quand il dépend d'une blessure. Les lotions émollientes et les cataplasmes de même nature ne l'éteignent pas davantage. Je puis en dire autant des onctions mercurielles que j'ai souvent essayées avant qu'il n'en fut question en France, et que Chapman a le premier vantées. Il en est de même des autres pommades résolutives et des vésicatoires volans qui, comme on l'a vu, trouvent au contraire leur application dans certaines périodes de l'angioleucite.

Si de l'érysipèle simple on passe à l'érysipèle phlegmoneux, des différences moins tranchées à la vérité, mais encore assez manifestes, ne tardent pas à se laisser apercevoir. Ici les accidens généraux manquent d'abord le plus souvent. La phlegmasie s'étend aussi par degrés et sans laisser des régions saines entre son point de départ et celui qu'elle envahit. Elle ne se montre non plus ni sous forme de plaques disséminées, ni sous l'aspect de noyaux indurés, ni avec les apparences de rubans rosés ou livides. Les ganglions ne sont point engorgés, et ce n'est pas plus sur

le trajet des principaux troncs lymphatiques qu'ailleurs qu'elle se développe, quoiqu'à l'instar de l'angioleucite, elle s'étende plutôt des tissus profonds vers l'extérieur que de l'extérieur vers les aponévroses. La suppuration est prompte, fluide, grise, large, accompagnée de mortification du tissu cellulaire, d'une sorte de dissection des lames ou des faisceaux voisins, et souvent suivie d'un amincissement rapide, d'une véritable destruction des tégumens. La réaction fébrile est généralement faible avant la formation du pus, à moins que l'inflammation ne se soit étalée dès le principe sur de larges surfaces. Les accidens généraux ne peuvent inquiéter sérieusement qu'après la seconde période. Ce sont des symptômes d'infection, mais qui portent plutôt à l'adynamie qu'à l'ataxie. La peau se salit, se ternit, devient terreuse. La langue noircit, et le délire est plus calme. Si l'affection est récente et encore peu étendue, les émissions sanguines et les émolliens convenablement employés la résolvent souvent. L'eau froide en triompherait également dans les deux ou trois premiers jours. Une compression bien faite en est le remède par excellence tant qu'il n'y a point encore de suppuration établie. Elle n'est point entravée par les onctions mercurielles. Si la compression ne doit plus ou ne peut plus être employée, les incisions multiples l'arrêtent comme par enchantement. Les vésicatoires n'en abrègent que rarement la durée, et ne sont propres qu'à aider, en pareil cas, la circonscription de certains foyers purulens. Ainsi l'érysipèle phlegmoneux est une maladie essentiellement distincte de l'angioleucite. Il faut surtout ne pas oublier que l'une complique souvent l'autre, et que c'est là ce qui les a fait souvent confondre dans la pratique. Quant au phlegmon ordinaire, il a une physionomie tellement tranchée, qu'en y regardant d'un peu près on ne s'y trompe point. Sa forme circonscrite, sa dureté dans le principe, ses douleurs pulsatives, sa chaleur halitueuse, le relief qu'il tend à faire du côté de la peau, la

simplicité, la régularité de sa marche, l'absence de stries, de plaques disséminées, de ganglions engorgés et douloureux, l'isolent assez pour qu'il n'y ait pas lieu à méprise sous ce rapport.

Une maladie capable d'en imposer jusqu'à un certain point dans quelques cas est l'*Erythema nodosum*. Parfois précédée de fièvre pendant deux ou trois jours, cette affection, que caractérise l'apparition rapide d'un nombre variable, mais quelquefois considérable, de plaques rouges ou livides sur différens points d'un membre, offre en effet jusque là une sorte d'analogie avec l'angioleucite. Heureusement que la teinte foncée de ces plaques et leur position superficielles, que les apparences de fluctuation qu'elles présentent et leur disparition brusque, après quelques jours de durée, sans laisser de traces, joints à l'absence d'accidens généraux une fois qu'elles sont développées, ne permettent pas d'hésiter long-temps, et que, pour peu qu'on veuille y réfléchir un moment, l'erreur n'est réellement pas possible.

§ VI. *Anatomie pathologique.* — Les altérations que laisse à sa suite l'inflammation des vaisseaux lymphatiques sont de trois ordres. Les unes portent sur les vaisseaux eux-mêmes; les secondes appartiennent aux tissus interposés; les troisièmes doivent être cherchées dans les viscères, dans le sang et dans les régions éloignées.

Comme ils sont très-petits, les vaisseaux lymphatiques, même après avoir été vivement enflammés, ne sont pas toujours faciles à examiner sur le cadavre. Ceux qu'on parvient à isoler offrent une surface interne légèrement tomenteuse, et d'un blanc laiteux plutôt que rosé. A l'extérieur ils sont entourés d'un tissu cellulaire facile à écraser, et plus ou moins infiltré de lymphe trouble, demi-concrète. Leurs parois sont manifestement épaissies. Je me suis assuré plusieurs fois que, même alors, leur perméabilité peut s'être maintenue. C'est à l'endroit de leur entre

croisement et vis-à-vis de leurs valvules qu'ils sont le plus malades. C'est là que leur enveloppe celluleuse est souvent infiltrée de véritable pus, qu'ils sont assez fréquemment fermés, que des noyaux lardacés se remarquent comme au centre d'un phlegmon avorté, et qu'il faut chercher le point de départ d'une partie des abcès observés pendant la vie. La peau, qui se couvre souvent de larges phlyctènes, présente quelquefois çà et là des escarres, des plaques mortifiées. Ces plaques ont ceci de particulier, qu'elles sont grises, d'un blanc jaunâtre, ramollies, comme boursouflées et dans un état de fonte purulente plutôt que de gangrène. Leur aspect a quelqu'analogie avec le bourbillon du furoncle ou de l'anthrax. Au-dessus des tégumens on trouve la couche celluleuse tout-à-fait saine dans certaines régions, plus ou moins endurcie et comme lardacée dans d'autres, infiltrée de pus ou de sérosité trouble sur quelques points, fondue, comme détruite par ulcération là où s'étaient établies des collections purulentes, et généralement épaissie partout ailleurs. Les aponévroses, les muscles, les cordons nerveux ne sont que peu altérés. C'est le tissu cellulaire intertitiel qui est le siége de presque tous les désordres. Entre les muscles, autour des vaisseaux, partout enfin, il est infiltré, endurci, épaissi ou détruit d'espace en espace, comme sous la peau. Quand il existe de la suppuration, c'est sous la forme de noyaux circonscrits plutôt que de clapiers ou de fusées. A moins d'exceptions rares, on ne remarque aucun tissu mortifié au-dessous des aponévroses. Les artères et les veines sont parfois comme endurcies ou augmentées de volume ; mais, en les disséquant, on voit que ces apparences sont dues à l'épaississement, à l'infiltration de leur couche cellulo-graisseuse extérieure, et à ce que dans leur voisinage rampent les vaisseaux lymphatiques les plus volumineux. Il sera question de l'anatomie pathologique des ganglions, dans l'article que je dois consacrer aux maladies propres de ces organes.

Si la maladie a duré long-temps, le sang est habituellement très-fluide, chargé de sérum, de couleur un peu rousse plutôt que franchement noire. La petite quantité de caillots qu'on remarque dans le système veineux sont diffluens et souvent mêlés de grains jaunâtres. Quand il existe des concrétions polypiformes dans le système artériel, elles sont aussi plus friables que chez les sujets morts de lésions purement inflammatoires. Leur homogénéité est également moindre, et on y observe fréquemment un mélange de grumeaux jaunes, noirs, bleus et roux. Je n'y ai cependant jamais rencontré de pus reconnaissable, pas plus dans les ventricules que dans les oreillettes, dans les oreillettes que dans les gros troncs vasculaires.

Les organes parenchymateux ne sont que très-rarement le siége d'abcès métastatiques. Ceux que j'ai pu découvrir dans le foie et le poumon étaient plus remarquables par le nombre que par le volume. Des masses concrètes en tiennent assez souvent lieu lorsque l'angioleucite a pris sa source dans une affection cancéreuse. Des épanchemens séro-purulens dans les plèvres, dans le péritoine, dans les articulations; des inflammations viscérales partielles, avec hépatisation et infiltration de pus, se voient aussi chez beaucoup de sujets. L'encéphale n'est presque jamais altéré. Il n'y a dans l'estomac et les intestins que de faibles traces de phlegmasies. Les follicules et les plaques agminées de Peyer ne sont ni développées ni ulcérées. Si on remarque des ulcères, c'est plutôt vers le gros intestin et surtout dans le rectum, à moins que la maladie n'ait débuté par là. En somme, les lésions internes qu'il est possible de constater sur le cadavre, sont loin d'être toujours en rapport avec les accidens éprouvés pendant la vie. J'ajouterai que l'état local n'exclut pas absolument la même remarque. On a pu voir en effet que les traces d'inflammation peuvent être assez légères dans les régions où l'angioleucite avait semblé le plus intense, et que l'érysipèle phlegmoneux en

laisse de bien plus importantes quand il vient à causer la mort.

Mémoire sur le traitement des luxations congénitales du fémur; par le docteur PRAVAZ, *ancien élève de l'école Polytechnique. Lu à l'Académie royale de Médecine, le 7 mars* 1835.

Messieurs, votre attention a été appelée récemment à différentes reprises sur un genre de difformité que l'on a considéré long-temps comme au-dessus des ressources de l'art. Les luxations congénitales du fémur, après avoir fourni à M. Humbert le sujet d'un mémoire très-remarquable, ont été l'occasion pour M. Breschet de faire à l'Académie plusieurs communications du plus grand intérêt; ainsi, ce savant chirurgien a présenté d'abord à votre examen un sujet adulte affecté d'une double luxation, et sur lequel vous avez pu reconnaître les graves conséquences d'un pareil défaut de conformation. Dans une séance plus rapprochée, il vous a fait voir une pièce anatomique d'autant plus précieuse, que c'est à ma connaissance la seule qui ait été recueillie à un âge assez peu avancé pour fournir des données satisfaisantes, sinon sur la cause primordiale des luxations originelles, du moins sur le degré de probabilité que l'art peut offrir d'en obtenir la guérison. Le bassin qu'elle représente appartenait à une jeune fille de onze ans : outre le défaut de développement général, il offre une particularité inverse de celle qu'on remarque le plus ordinairement dans les cas de cette nature; c'est-à-dire que son diamètre antéro-postérieur a une amplitude relative plus grande que le diamètre transversal. Les trois os qui par leur intersection constituent la cavité cotyloïde, laissent entr'eux des espaces cartilagineux assez étendus; cette cavité manque de profon-

à priori, soit qu'elle lui ait été suggérée par le résultat d'une expérimentation fortuite.

Lorsque le professeur Dupuytren, reprenant les recherches de Palleta sur les luxations congénitales du fémur, eût publié son mémoire sur ce genre de déformation, bien qu'il eût affirmé qu'elle n'admettait que des moyens simplement palliatifs, cependant deux orthopédistes distingués, MM. Duval et Lafond, voulurent soumettre cette proposition à l'expérience, et ils tentèrent d'appliquer à un cas de luxation congénitale le procédé de l'extension continue. Il paraît que cet essai ne fut pas tout-à-fait inutile, au moins pour amener une réduction momentanée, car M. Dupuytren, appelé pour examiner ce cas, put constater que l'égalité des membres, déterminée par l'extension, s'était maintenue d'elle-même pendant quelques semaines.

Plus de persévérance dans l'emploi des moyens mécaniques, et surtout une confiance plus grande dans les ressources de la nature, auraient conduit dès-lors MM. Duval et Lafond à la méthode curative qui a été couronnée pour la première fois de succès entre les mains de M. Humbert.

La simple démonstration d'un résultat que la théorie semblait exclure du domaine de l'art, est un grand service rendu à la chirurgie par le médecin que je viens de nommer, et certes elle fonde pour lui un titre des plus honorables : mais il m'a semblé qu'elle ne suffisait pas pour introduire dans la pratique une opération qui n'est pas sans quelque difficulté. En effet, quoique M. Humbert ait publié son procédé, et qu'il ait même présenté à l'exposition de l'industrie ses appareils, il est à craindre qu'ils ne restent inutiles en d'autres mains que les siennes, à cause de leur extrême complication.

Consulté différentes fois sur des cas de luxation congénitale du fémur, j'avais adopté l'opinion de leur incurabilité, et ma conviction à cet égard n'a été changée que par le mémoire de M. Humbert. L'équité m'oblige donc de faire

remonter en quelque sorte jusqu'à lui le mérite que peuvent avoir les procédés que j'ai substitués aux siens, et dont je vais entretenir succinctement l'Académie, à l'occasion d'une luxation originelle dont la réduction a été constatée par plusieurs de ses membres les plus distingués.

Dans le courant du mois d'avril dernier, la fille d'un praticien qui exerce la médecine à quelque distance de Paris, me fut présentée. Agée de huit ans, d'une constitution bonne en apparence, quoique un peu lymphatique, elle était affectée d'une claudication profonde avec déviation commençante de l'épine. Examinée avec attention, elle présentait tous les symptômes d'une luxation du fémur à droite, tels que le mouvement ascensionnel de l'extrémité de cet os sur la surface externe de l'iléon chaque fois que le corps venait à se reposer sur lui, l'applatissement de la fesse correspondante et l'extrême cambrure des lombes. Le membre en totalité était un peu moins développé que le gauche; la marche, très-pénible, déterminait de la douleur lorsqu'elle se prolongeait quelque temps. La luxation remontait à une époque antérieure à la naissance, et quelques-uns de ses signes avaient été remarqués quelques jours après : on ne pouvait l'attribuer à aucune violence appréciable, car l'enfant était venu naturellement par la tête. La claudication, sensible dès les premiers essais de progression, s'était accrue chaque année, et avait fini par causer de la douleur. On avait essayé de remédier à l'inégalité croissante des deux membres dans leur longueur apparente, par le repos et une légère extension; mais le dépérissement causé par l'inaction du système musculaire avait obligé de renoncer à cette tentative plutôt empirique que raisonnée.

L'annonce des résultats que M. Humbert assurait avoir obtenus en pareil cas avait déjà ébranlé mon opinion sur l'impossibilité absolue de réduire les luxations originelles; cependant je n'osai rien affirmer sur le succès du traitement que je me proposais d'employer. M. Breschet, à qui je

communiquai le cas qui se présentait à moi, voulut bien m'encourager à tenter la guérison; il vit la jeune malade, reconnut la luxation, la fit constater par M. Humbert lui-même qui se trouvait alors à Paris.

La première indication qui se présentait à remplir était d'obtenir l'élongation progressive des muscles fémoraux qui, se fixant au bassin, avaient éprouvé une rétraction notable par l'ascension de leurs attaches inférieures; car, dans leur état actuel, ils devaient opposer d'abord un obstacle immédiat à la réduction, et plus tard, en supposant que celle-ci fût obtenue malgré leur résistance, ils pouvaient, par leur contraction spasmodique, faire sortir de nouveau la tête du fémur de la cavité imparfaite et peu profonde où elle aurait été replacée. Pour exercer l'extension continue nécessaire à cette disposition préparatoire, je fis mouler le bassin du sujet, et un ouvrier intelligent exécuta sur cette forme une sorte d'enveloppe solide composée de deux pièces de bois garnies convenablement dans leur partie creuse, et séparables à volonté par l'action d'une vis de rappel, de telle manière que le bassin placé dans leur intervalle pouvait y être solidement encastré. Des sous-cuisses larges et épaisses embrassant les tubérosités sciatiques, et se fixant en avant par des boucles à chacune des deux parties de l'appareil, contribuaient à rendre aussi complets et aussi inoffensifs que possible les moyens de contr'extension. Une gouttière en tôle fortement rembourrée fut destinée à recevoir le membre et à l'embrasser par des surfaces assez étendues pour que la pression restât exempte de douleur; à son extrémité inférieure un cordon fut attaché et vint se fixer à un levier coudé, mobile autour d'un axe, et sollicité par un poids dont la puissance pouvait être variée en le faisant agir sur un bras plus ou moins long. Ce poids était destiné à produire l'extension continue du membre (*V.* la planche n.° 1). Pour éviter l'inconvénient grave qui avait fait re-

noncer aux premières tentatives de traitement, celui de l'inaction absolue, tout l'appareil que je viens de décrire fut ajusté sur le lit orthopédique mobile que j'ai fait connaître depuis long-temps à l'Académie. Le sujet pouvait s'y livrer à des efforts musculaires propres à entretenir ses forces et à favoriser la nutrition.

Trois mois furent consacrés à produire ainsi l'élongation des muscles rétractés; après ce temps, on ramenait non-seulement les membres à l'égalité, mais encore celui qui correspondait à la luxation pouvait dépasser l'autre par un léger accroissement de traction.

Le moment était arrivé de tenter la réduction, et tout avait été préparé dans ce but; mais il me restait un doute sur le parti qu'il conviendrait de prendre dans le cas où la cavité cotyloïde serait à un état tellement rudimentaire et imparfait, qu'elle ne pourrait retenir la tête du fémur. Fallait-il dès-lors renoncer absolument à l'espoir d'une guérison plus ou moins complète, ou essayer de substituer à un défaut de conformation grave un autre défaut moins incompatible avec l'exercice de la locomotion? Je vais exposer rapidement à l'Académie les motifs de mon hésitation. En discutant l'une des observations données par M. Humbert, j'avais été conduit à soupçonner que le résultat qu'il présente comme un exemple de réduction pouvait bien être tout autre chose sans cesser néanmoins de constituer un amendement favorable dans la situation du sujet. En effet, on lit dans l'histoire de ce cas qu'aussitôt après l'opération qui a ramené invariablement les deux membres à une égalité à peu près parfaite, la jeune malade accuse un sentiment de pression incommode dans l'aine dont le pli a diminué d'étendue; il lui semble que quelque corps étranger est venu s'y loger; elle se plaint aussi de tension vers le genou; placée un peu plus tard par inadvertance sur le côté du bassin correspondant au membre luxé, il se manifeste une vive douleur dans l'aine, on ne parvient à

la faire cesser qu'en remettant l'enfant dans une supination exacte, ramenant en dedans le pied qui avait été porté fortement en dehors, et exerçant sur le membre une traction modérée. Après le traitement, lorsque la jeune fille est réputée guérie, on remarque un aplatissement considérable de la fesse correspondant au côté de la luxation; le pied est porté en dehors, et la claudication n'a pas complètement disparu. La réunion de ces diverses circonstances me paraissait de nature à faire conjecturer, qu'au lieu d'être ramenée dans une véritable cavité articulaire, la tête du fémur avait pu être portée au-dessous du rebord rudimentaire de l'*acetabulum* vers la partie externe de la fosse sous-pubienne où elle trouvait un appui solide. Comment s'expliquer autrement la sensation éprouvée dans l'aîne ? Si l'enfant est pris d'une vive douleur lorsque le poids du corps s'appuie sur le trochanter, n'est-ce point parce que la tête du fémur, repoussée de dehors en dedans, va presser contre les nerfs obturateurs ? Les moyens employés pour faire cesser cet accident semblent confirmer encore cette supposition ; en effet, ils ont pour résultat immédiat de reporter en dehors l'extrémité supérieure de la cuisse, et de déterminer la pression qu'elle exerce sur les surfaces contre lesquelles la tête est venu s'arc-bouter.

En cherchant dans l'histoire de l'art ce qui pouvait établir ou infirmer l'opinion qui m'était venue, qu'une luxation en bas et en avant pouvait être substituée avec avantage à une luxation en haut et en arrière, substitution qui me paraît avoir été faite au moins une fois par M. Humbert, quoique à son insu, j'ai trouvé d'autres motifs de la regarder comme très-probable. En effet, dans les exemples, à la vérité fort rares, de luxations en bas et en avant non réduites, rapportées par les auteurs, on ne voit pas qu'il en soit résulté pour les sujets d'inconvéniens très-graves; ils paraissent avoir recouvré au bout de quelque temps à un degré satisfaisant la faculté de marcher.

On lit dans les Mémoires de l'Académie de chirurgie un cas où la nature avait façonné à la tête du fémur portée dans la fosse sous-pubienne une sorte de réceptacle moins imparfait par l'ossification du muscle obturateur. Sir Astley Cooper a rapporté aussi une observation dans laquelle on voit le sujet se lever quatorze jours après l'accident, et acquérir bientôt assez de liberté dans les mouvemens pour parcourir plusieurs milles à pied.

La claudication qui résulte de ce mode de déplacement ne saurait être comparée à celle que l'on observe dans les luxations en haut et en arrière, où la tête du fémur peut parcourir un espace qui varie de deux à trois pouces; car l'inégalité des membres inférieurs est ici limitée par la distance qui sépare le rebord supérieur de la cavité cotyloïde de son rebord inférieur.

Dans un état de conformation normale, la luxation en bas et en avant devrait donc déjà paraître un accident moins grave, quant à l'exercice des fonctions locomotives, que la luxation en haut et en arrière; Jean-Louis Petit avait déjà fait cette remarque. Mais dans l'état d'imperfection native ou consécutive des surfaces articulaires, elle semble encore avoir bien moins d'inconvéniens. En effet, dans ce dernier cas, la cavité cotyloïde est réduite dans ses dimensions à son rebord inférieur relativement plus élevé que celui de l'articulation opposée, le col du fémur et la tête de cet os ont moins de développement; enfin, le membre est en totalité plus court : il doit résulter de toutes ces circonstances qu'en portant l'extrémité supérieure du fémur dans la fosse sous-pubienne, on produit, à la vérité, un alongement apparent du membre; mais que cet alongement n'est pas comparable au raccourcissement qui résulte de son ascension le long de la surface externe de l'ilion dans les luxations en haut et en arrière, et que par conséquent la claudication est diminuée.

Quelque spécieux que puissent être les raisonnemens que

je viens de présenter à l'Académie, comme ils devaient me conduire à une opération tout-à-fait insolite, dans le cas où le sujet que j'avais entrepris de traiter serait dans des conditions où une réduction véritable deviendrait impossible, je ne voulais point en prendre la responsabilité sans m'être éclairé des conseils de quelques-uns de nos premiers chirurgiens. L'enfant fut donc présenté à MM. Antoine et Paul Dubois, Marjolin, Bérard jeune et Lalourcey réunis en consultation. Après un mûr examen, leur avis unanime fut qu'il n'y avait aucun danger à chercher dans un point quelconque du voisinage de l'*acetabulum*, si lui-même ne pouvait recevoir la tête du fémur, un appui solide à cet os, et qu'il devait résulter de cette opération une facilité plus grande dans la progression, en même temps que l'avantage de ramener l'épine déviée latéralement à une meilleure conformation.

Je ne m'occupai plus dès-lors que de réaliser, soit la réduction si elle était possible, soit de placer la tête du fémur au côté extérieur de la fosse sous-pubienne, immédiatement au-dessous du rebord de l'acetabulum.

Je m'arrêtai pour cela à l'emploi de l'appareil suivant, qui permettait de donner à l'extension l'énergie et la continuité nécessaire pour vaincre la résistance des muscles, en même temps qu'il se prêtait à un degré d'adduction du membre aussi étendu qu'il serait jugé convenable. Une tige en bois de dix-huit lignes d'équarissage et de quatre pieds et demi de longueur fut percée à l'une de ses extrémités d'un trou destiné à recevoir un pivot fixé sur le plan où était étendu le sujet, immédiatement à la hauteur de l'articulation de la cuisse; à l'autre bout, une traverse en potence devait servir de point fixe à une moufle de six cordons, dont la partie mobile prenait attache à l'extrémité de la gouttière en tôle qui embrassait étroitement le membre. On conçoit qu'en tirant lentement sur le cordon libre de la moufle et faisant exécuter à la tige un mouve-

ment de rotation autour de son pivot, on pouvait à la fois produire une extension progressive du membre, et porter son extrémité en dehors, de manière à amener soit la rentrée de la tête du fémur dans sa cavité naturelle, soit à la luxer en bas et en avant (*Voyez* figure 2).

A l'occasion de l'appareil très-simple que je viens de décrire, je ferai remarquer qu'on a rejeté trop absolument en France l'emploi des machines dans le traitement des luxations. Les chirurgiens anglais pensent avec raison qu'il vaut mieux opposer à la résistance vive des muscles la puissance lente et uniforme déployée à l'aide d'une moufle ou d'un tour, que les efforts brusques et saccadés des aides que nous employons, quelque intelligens qu'ils puissent être. Cette réflexion doit s'appliquer surtout à la pratique de la chirurgie dans les campagnes, où l'homme de l'art ne peut guère compter sur l'adresse de ceux qu'il appelle à le seconder. Une très-légère modification apportée au système d'extension que j'ai mis en usage dans le cas particulier dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie, le rendrait propre à produire en même temps la contr'extension; il suffirait de donner à la tige en bois une plus grande longueur, de la terminer du côté opposé à la traverse où se fixe la moufle par une sorte de crosse qui s'engagerait dans un lac passé entre les cuisses, retenant le bassin par la tubérosité sciatique et ramené un peu obliquement au-dessous de l'aisselle. A l'aide de ce mécanisme, le chirurgien assisté d'une seule personne chargée de tirer sur le cordon de la moufle pourrait entreprendre de réduire les luxations accidentelles du fémur; car il n'aurait qu'à donner à la tige qui sert à la fois d'appui à l'extension et à la contr'extension, la direction convenable, en pressant, comme je le dirai bientôt, sur la tête de l'os.

Je reviens maintenant à l'opération par laquelle je me proposais de changer les rapports de l'extrémité du fémur avec la surface extérieure du bassin. M. Bérard jeune, à

qui je devais de connaître un cas de luxation congénitale traité avec succès par M. Humbert, et qui avait examiné avec attention le sujet de cette cure, voulut bien m'aider de ses lumières et de son expérience pratique, ainsi que mon ami et mon associé M. le docteur Jules Guérin. Une première tentative n'eut pas le résultat immédiat que nous attendions. En pratiquant l'extension dans un sens peu éloigné du parallélisme de l'axe du corps, nous eûmes l'inconvénient de susciter une réaction trop vive et trop énergique des muscles; l'enfant manifesta de la douleur, ce qui nous détermina à ajourner la réduction au lendemain. En cherchant, avant d'entreprendre cette seconde tentative, les causes qui avaient mis obstacle au succès de la première, nous fûmes conduits à modifier ainsi le procédé opératoire : au lieu de tirer énergiquement sur le membre dans un sens médiocrement incliné à l'axe du corps, nous convînmes de porter d'abord l'abduction aussi loin que possible, de faire agir ensuite progressivement la force de traction, en même temps que la cuisse saisie comme un levier du premier genre tendrait à basculer sur l'une des mains de l'opérateur transformée en point d'appui par l'action de l'autre pressant sur son extrémité inférieure. Cette manœuvre eut tout le succès que nous en espérions; au bout de quelques instans, sans que l'enfant eut manifesté de la douleur, M. Bérard sentit la tête du fémur glisser sur la surface de l'ilion, et entrer dans une cavité où elle se maintint. Les deux membres, rapprochés aussitôt l'un de l'autre, présentaient la même longueur. En cherchant à refouler de bas en haut celui qui avait été luxé, on n'opérait plus de raccourcissement sans changer comme auparavant l'inclinaison du bassin; on rencontrait la résistance d'un corps solide contre lequel la tête du fémur venait s'arc-bouter. Une légère sensibilité développée dans la hanche nous indiquait encore qu'un contact insolite s'était établi entre l'extrémité supérieure du membre

et la surface du bassin. Le sujet fut laissé en repos sur le lit orthopédique sans qu'il me parût nécessaire de continuer, comme M. Humbert le fait, l'extension du membre; j'étais au contraire fondé à croire que la traction exercée sur l'extrémité du fémur par les muscles fémoraux-pelviens était une circonstance favorable et propre à perfectionner les surfaces articulaires. Cependant, pour s'opposer à la sortie éventuelle de la tête de l'os, un coussin épais fut interposé entre la hanche et les parois de l'appareil d'encastrement que j'ai décrit; de plus, une ceinture embrassant le bassin et la partie supérieure des cuisses fut serrée fortement par un lacet autour du corps de l'enfant. La douleur éprouvée dans l'articulation parut s'accroître pendant vingt-quatre heures sans cesser d'être supportable; elle alla ensuite en diminuant progressivement : elle était rendue plus sensible par les mouvemens imprimés au membre. Au bout d'un mois, on essaya de placer la jeune fille sur ses jambes, et de la faire marcher en la soutenant par les bras. Interrogée sur ce qu'elle éprouve pendant ces tentatives, elle dit qu'elle ne sent plus le haut de sa cuisse remonter comme auparavant, mais qu'il est arrêté par quelque chose. Cependant la main placée sur le siége de l'articulation reconnaît qu'elle n'a pas encore la fermeté de celle du côté sain; la tête de l'os y est maintenue d'une manière moins serrée.

Pour activer le travail par lequel la nature me paraît dans ce cas tendre à établir la solidité des connexions articulaires, soit en amenant la rétraction de la capsule et du ligament interne distendus pendant la luxation, soit en produisant une sécrétion de matière plastique qui donne plus de hauteur au rebord de la cavité cotyloïde, je fis ajouter au lit orthopédique un mécanisme par lequel le sujet pouvait facilement imprimer à la totalité du membre des mouvemens semblables à ceux exécutés pendant la marche; ces mouvemens, que j'ai dit accompagnés d'un

peu de douleur, me semblaient avoir pour effet de creuser en quelque sorte l'acetabulum sans exposer le sujet à une récidive de la luxation, puisque le poids du corps ne portait pas sur la tête de l'os comme dans la progression. Plus tard, d'après le conseil de M. Breschet qui avait donné son assentiment aux vues physiologiques que je viens d'énoncer, j'apportai plus de variété dans l'application de ce moyen de consolidation. A l'aide d'une manivelle et d'un engrenage angulaire adaptés au lit orthopédique, je donnai à l'enfant la faculté d'imprimer à sa cuisse un mouvement de circumduction dont l'efficacité, pour affermir l'articulation, me parut d'autant plus probable qu'il y développait une sensibilité plus grande que celle produite par la simple flexion de la cuisse sur le bassin. La possibilité d'augmenter par une action mécanique irritatoire la profondeur de la cavité cotyloïde me paraît résulter évidemment de l'examen de l'une des pièces anatomiques qui vous ont été présentées daus la dernière séance par M. Breschet. Vous avez vu effectivement que l'acétabulum avait acquis par une cause morbifique presque les trois quarts de la capacité d'un solide sphéroïde.

Après avoir mis en usage pendant quelques semaines ce mode de traitement, j'essayai de nouveau de faire faire quelques pas à la jeune malade. Cette fois, elle avait acquis plus de confiance dans la solidité de l'articulation, la claudication considérablement diminuée ne paraissait plus dépendre que de la laxité qui existait encore entre les liens articulaires; le membre amaigri s'était développé et égalait à très-peu près le volume de l'autre.

Ici se termine, Messieurs, cette observation, dont toutes les circonstances ont été constatées par M. Breschet, rapporteur de la Commission que vous avez nommée pour vous rendre compte du mémoire de M. Humbert.

Le père de la jeune fille, par une tendresse bien imprévoyante, voulut absolument la rappeler auprès de lui,

moins de trois mois après la réduction, malgré le danger qui lui fut représenté de voir la luxation se reproduire par le défaut de soins convenables assez long-temps continués. Deux mois plus tard, il écrivait à M. le docteur Lalourcey, dans une lettre que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie.

« Je remarque toujours chez ma fille une légère propension à s'incliner du côté droit, ce que j'attribue avec quelque fondement, je pense, à la débilité des muscles moteurs de la cuisse relativement à ceux du côté opposé ; car, bien que la cuisse droite ait acquis un développement assez marqué, toutefois elle n'a pas atteint la grosseur et la fermeté des chairs de l'autre. Du reste, nulle apparence de renouvellement de luxation, nulle tendance de la tête du fémur à s'échapper de la cavité naturelle, sans doute incomplète, mais si heureusement trouvée. L'action du refoulement de la cuisse en haut ne produit aucun raccourcissement du membre, ce qui démontre une cavité encore *susceptible de remplir les fonctions auxquelles elle est destinée.* »

Cet état satisfaisant est-il désormais à l'épreuve de toute cause de récidive? Combien peu de temps a été accordé à l'art pour seconder la nature dans le travail qui doit approfondir la cavité cotyloïde et corroborer les connexions articulaires? il est permis de concevoir encore quelque inquiétude pour le sujet dont je viens de rapporter l'histoire. Quoi qu'il en soit, je vais résumer, aussi succinctement que possible, les conclusions qui me paraissent se déduire de ce cas de luxation congénitale et des circonstances qui ont précédé ou suivi immédiatement la réduction.

Outre les causes probables assignées par MM. Breschet et Dupuytren à la luxation congénitale, on doit admettre encore une affection de la cavité cotyloïde analogue à celle qui produit la sortie spontanée de la tête du fémur. Ainsi Paletta a donné l'autopsie d'un enfant mort au quinzième

jour de la naissance, chez lequel il reconnut le déplacement du fémur sans déformation de l'acetabulum; la tête de l'os avait été chassée de la cavité cotyloïde par une production fongueuse qui en occupait la capacité. Or, premièrement, dans les cas de cette nature qui sont peut-être les plus fréquens, on conçoit que les maladies articulaires étant guéries, des tentatives faites en temps opportun pour réduire la luxation peuvent être couronnées de succès.

J'étends cette conclusion aux déplacemens originels qui reconnaîtraient pour cause, soit un arrêt primitif de développement, soit l'influence d'une force mécanique, si l'art intervient avant que l'ossification soit terminée, et qu'il y ait eu, par l'effet d'une longue vacuité, coarctation de la cavité cotyloïde. L'examen de la pièce anatomique qui vous a été présentée en dernier lieu confirme entièrement, selon moi, cette opinion; car, il me semble que l'imperfection des surfaces articulaires n'est point telle qu'elles n'admettent une coaptation satisfaisante: certes, elle n'aurait point été capable de supporter l'effort de pesanteur si le sujet avait essayé de marcher dans les premiers temps de la réduction; mais je suis convaincu que le rapprochement des deux élémens réciproques de l'articulation doit amener assez promptement le perfectionnement de leurs rapports de contiguité, par une raison déduite *à fortiori* de ce qui arrive dans les cas de fausses articulations qui succèdent à des accidens pathologiques ou traumatiques.

Non-seulement il me semble acquis désormais pour la pratique de l'art que les déplacemens originels des fémurs ne constituent pas, comme on l'avait supposé, une difformité absolument incurable par une véritable réduction; mais je regarde encore comme très-rationnelles les tentatives qui seraient faites pour substituer aux luxations en haut et en arrière, où les oscillations du bassin sur les membres inférieurs ne sont limitées que par la résistance de la capsule articulaire qui supporte à-peu-près seule le poids

du corps et embrassent un espace qui varie de deux à trois pouces, une autre sorte de déplacement qui porterait la tête du fémur, en l'absence complète d'une cavité cotyloïde, au côté externe et supérieur de la fosse sous-pubienne où elle trouverait un appui solide. On ne ferait pas disparaître entièrement par cette manœuvre la claudication, mais elle serait manifestement moins étendue, et ne s'opposerait pas au même degré à l'exercice des fonctions locomotives.

Les procédés opératoires destinés à produire l'un ou l'autre des résultats que je viens d'énoncer peuvent être dégagés de la complication que leur a donnée M. Humbert; mais quels que soient les moyens d'extension ou de contre-extension adoptés par le chirurgien, il doit toujours faire précéder leur emploi d'un temps de préparation pour obtenir l'alongement progressif des muscles rétractés: il s'exposerait sans cette précaution à des récidives.

En général, c'est toujours par des efforts gradués qu'il faut procéder au rétablissement des formes normales des diverses parties du corps lorsque leur déviation date d'une époque plus ou moins éloignée. Peut-être n'a-t-on pas encore suffisamment apprécié toute la puissance du temps comme élément modificateur de l'organisme; avec lui, il est peu de difformités que l'art ne puisse, sinon corriger complètement, du moins atténuer au point de les rendre inapercevables. L'orthopédie, dirigée désormais par les lumières de l'anatomie et de la physiologie, doit mettre de jour en jour cette vérité dans une plus grande évidence. Une classe entière de maladies, les luxations consécutives et les ankyloses incomplètes que la chirurgie *extemporanée* abandonnait à elles-mêmes ou ne traitait que par l'ablation, se rangent aujourd'hui dans son domaine; saisissant le moment où les efforts conservateurs de la nature et l'influence d'une médication générale ont vaincu l'état pathologique qui avait déformé les articulations, elle peut, par

d'ingénieux appareils et l'application patiente des forces mécaniques, leur restituer l'exercice plus ou moins entier de leurs fonctions.

Après cette digression, qui sort du sujet lui-même, je reviens au procédé opératoire qu'il convient d'employer pour consommer la réduction des luxations congénitales, et je dis que c'est moins par des tractions énergiques suivant l'axe du membre, qu'on peut ramener son extrémité dans la cavité articulaire, que par une forte abduction aidée d'une pression méthodique sur le trochanter, pression qui fait glisser la tête de l'os sur le rebord de l'acetabulum et l'y introduit avec une facilité qui m'a paru extraordinaire. On élude ainsi en grande partie la résistance des muscles pelviens qui, s'attachant à la partie moyenne ou inférieure du membre, ne s'opposent plus sous un angle aussi favorable au mouvement d'abaissement que l'on s'efforce d'imprimer à la tête du fémur. Je suis disposé à croire que cette dernière observation s'appliquerait très-justement à la réduction des luxations accidentelles. On dépense, à mon avis, pour l'obtenir, un excès de forces qui fatigue inutilement le malade, et qu'il serait possible d'épargner en leur donnant une meilleure direction. Le but que l'art se propose n'est pas encore atteint définitivement lorsqu'il a replacé la tête du fémur, soit dans une cavité naturelle, soit au-dessous d'un point d'appui ferme et stable; il faut encore qu'il seconde le procédé par lequel la nature travaille à la consolidation des nouveaux rapports établis entre le bassin et le fémur, quels qu'ils soient. Or, le frottement des surfaces contiguës les unes contre les autres est une condition essentielle qui doit être remplie sans exposer le sujet à voir sa luxation se reproduire. Des mouvemens variés imprimés au membre pendant qu'il est soulagé du poids du corps par le décubitus, remplissent parfaitement cette indication. Il est plusieurs moyens de les produire; ceux que j'ai adoptés me paraissent les plus sim-

ples ; mais ils doivent, comme tout autre, être employés avec assez de persévérance pour laisser à la nature le soin d'opérer les changemens qu'ils peuvent seulement favoriser. Malheureusement le public, qui considère l'orthopédie comme une branche de la chirurgie, ne sait pas qu'elle se rapproche plus encore de la thérapeutique des affections chroniques. De son erreur sur ce point résultent un grand nombre d'insuccès qu'il attribue à l'imperfection de l'art, lorsque souvent il faudrait en accuser l'impatience des malades.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Leçons de clinique chirurgicale ; par M. le professeur* GERDY. *Recueillies et publiées par M.* BEAUGRAND, *interne.*

Observations et réflexions sur l'exophthalmie.

Avant Louis on rangeait indifféremment sous le nom d'*exopthalmie* tous les cas dans lesquels l'œil venait faire saillie en avant, que cet accident fût le résultat d'une violence extérieure, d'une augmentation de volume de l'organe, ou de la présence d'une tumeur anormale développée au fond de l'orbite. L'auteur que je viens de citer restreignit le sens de ce mot, et l'appliqua seulement à l'issue de l'œil par extrusion (1). La recherche des circonstances qui peuvent amener ce phénomène est un point de chirurgie pratique d'autant plus important, que rien de fixe ne peut être donné à cet égard, des tumeurs de mille sortes pouvant se développer dans l'orbite et en expulser le globe oculaire. Il ne sera donc pas sans intérêt de rapporter un cas de ce genre que j'ai rencontré dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, d'en déterminer, autant que possible, le diagnostic, et enfin de dire les indications curatives qui en découlent.

(1) *Mém. de l'Acad. royale de Chir.*, T. XIII, éd. in-12, p. 272.

OBSERVATION. — Chastelin, âgé de 15 ans, né en Bourgogne, doué d'un embonpoint considérable et d'une vigoureuse constitution, entra dans mes salles le 26 juin 1833. Sa santé avait toujours été excellente; depuis un an seulement il était tourmenté d'une ophthalmie opiniâtre qui occupait l'œil droit, mais sans occasionner de vives douleurs. Vers le mois d'avril 1833, c'est-à-dire, sept à huit mois après l'invasion de l'ophthalmie, il s'aperçut que l'œil malade devenait saillant en avant, et bientôt cette difformité avait acquis un degré assez considérable pour le forcer à venir réclamer des secours à Paris.

Lors de son arrivée, l'œil droit dépassait d'un bon travers de doigt le rebord orbitaire supérieur; il pouvait encore exécuter quelques mouvemens; la paupière inférieure renversée en dehors présentait sa muqueuse boursoufflée et ulcérée, ce qui donnait à cette difformité un aspect encore plus hideux. La conjonctive oculaire était peu injectée; les pupilles offraient le même diamètre, mais celle du côté malade avait beaucoup perdu de sa mobilité; enfin la vision, bien que notablement affaiblie, s'exerçait encore.

En portant le doigt entre l'arcade orbitaire supérieure et le globe de l'œil, on sentait à travers la paupière une tumeur sans bosselures, résistante, occupant le fond de la fosse orbitaire, et s'avançant presque jusqu'au niveau de l'arcade du même nom, et occupant toute l'étendue de l'orbite, d'un côté à l'autre. Du reste, pas de douleurs; quelquefois cependant un peu de céphalalgie du côté droit, mais à peine marquée, et toutes les fonctions s'exerçaient avec une liberté qui témoignait de la bonne constitution du sujet.

Le 28 juin, pour essayer, malgré le peu d'espérances que j'en concevais, la résolution de la tumeur, je fis appliquer quinze sangsues autour de l'orbite, et en même temps un lavement fut administré.

Le lendemain 29, pas de changement appréciable; alors j'ordonnai douze grains d'ipécacuanha et un grain d'émé-

tique qui n'amenèrent ni selles ni vomissement. Répétée le jour suivant, mais avec double dose de tartre stibié, cette médication n'eut d'autre effet que d'amener quelques vomissemens muqueux et peu abondans.

Le 1.er juillet, la conjonctive était moins injectée; du reste, même état.

Le 2 et les jours suivans, je soumis Chastelin à l'emploi des frictions mercurielles autour de l'orbite, et le 4 je fis appliquer en outre une douzaine de sangsues. Le 5, la paupière supérieure était manifestement moins tendue. Encouragé par cette amélioration et par le bon état de la santé générale, je continuai l'usage des frictions. Le 17, la saillie de l'œil était manifestement moins prononcée, et la paupière supérieure, qui lors de l'entrée du malade ne pouvait recouvrir l'œil, le voilait alors très-bien. Mais là se bornèrent les succès de notre médication, et à dater de cette époque, et malgré l'emploi des mêmes moyens, la maladie resta stationnaire pendant près de deux mois de traitement.

Convaincu de l'insuffisance des résolutifs, excité par le malade lui-même, qui s'offrait à subir tout ce qu'il serait possible de tenter pour la guérison, je me décidai à emporter la tumeur.

L'opération fut pratiquée le 21 août au matin.

Le malade étant assis sur une chaise un peu élevée, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, j'abaissai de la main gauche la paupière supérieure, tandis qu'avec la droite armée d'un bistouri convexe je pratiquai au-dessous du rebord supérieur de l'orbite une incision parallèle à ce bord et s'étendant de l'angle externe à l'angle interne de l'œil. Après avoir ainsi divisé seulement la peau, je coupai avec précaution et couche par couche l'orbiculaire des paupières, le ligament palpébral ou orbitaire, et le tissu cellulaire sous-jacent. Des flocons de tissu adipeux qui s'échappaient par l'ouverture gênant la marche de l'instru-

ment, je les réséquai avec des ciseaux courbes sur le plat. Débarrassé de cet obstacle, je fis porter en dedans, avec une érigne, les muscles releveurs de la paupière supérieure, droit supérieur de l'œil, tandis que deux aides écartaient les bords de la plaie en les tirant doucement en sens inverse; je pus alors porter le doigt indicateur contre la tumeur, et guidant sur lui des ciseaux courbes sur leur bord, je tournai en bas leur convexité pour éviter de blesser le nerf optique; je les glissait tout le long de ce nerf ou du lieu qu'il devait occuper, et détachai de la masse totale une portion du volume d'une noisette environ. (Une ligatureavait préalablement été appliquée sur une branche de l'artère palpébrale supérieure).

Dans un second temps, je finis par détacher un second fragment plus gros que le premier. Enfin, dans une troisième reprise, j'emportai le reste de la tumeur en l'isolant à l'aide du doigt indicateur porté au fond de l'orbite, et en le séparant au moyen de ciseaux courbes dirigés sur les doigts, de la partie supérieure du nerf optique où la tumeur adhérait.

L'écoulement sanguin était assez considérable, mais cependant pas assez pour devenir inquiétant; tous les muscles de l'œil et le nerf optique, près duquel s'insérait la base de la tumeur, avaient été ménagés. Cette pénible et douloureuse opération, qui dura près d'une demi-heure, avait été supportée par le jeune malade avec un grand courage. Toutefois je voulus le laisser reposer quelques heures avant le pansement, et je procédai sur-le-champ à l'examen de la tumeur.

Cette tumeur, du volume d'une grosse noix, était placée dans l'orbite, entre les releveurs de la paupière supérieure et le muscle droit supérieur de l'œil, d'une part, et le nerf optique qu'elle entourait en dedans et en dehors.

Incisée elle présente l'aspect granuleux et rougeâtre du foie, quoique sa couleur soit moins foncée et sa consistance moins ferme; c'est là une des dégénérations qui

dégénèrent elles-mêmes en cancer en se ramollissant. La plus grosse des trois portions offre à sa partie postérieure, qui est lisse, un prolongement d'une ligne de longueur, se terminant par la surface de la tumeur, lequel se continue avec son enveloppe cellulo-fibreuse, et ressemblerait assez au tissu du nerf optique dégénéré. Mais on ne trouve dans ce tissu rien de ce qui distingue la structure des nerfs, ni leur aspect nacré. Enfin ce prolongement, au lieu de traverser la tumeur comme cela aurait lieu si c'était le nerf optique, s'arrête à sa surface. Il y a donc toute raison de croire que c'est plutôt un pédicule fibro-cellulaire qui venait s'attacher à la dure-mère auprès de la fente sphénoïdale.

Au bout d'une heure environ on s'occupa du pansement. Les lèvres de la plaie furent rapprochées avec des bandelettes agglutinatives croisées et recouvertes d'un linge fenêtré enduit de cérat et d'un plumasseau de charpie mollette. Pour prévenir l'inflammation, je fis mettre par dessus le tout un cataplasme émollient, et le malade, soumis à une diète rigoureuse, fut placé à l'abri du contact de la lumière.

En quelques jours l'engorgement des paupières, suite inévitable de l'opération, est complètement dissipé, et la plaie ne tarde pas à se cicatriser. Le 15 septembre, la guérison est entière et sans avoir été entravée par le moindre accident. La cicatrice linéaire résultant de notre incision se cache dans les plis de la paupière supérieure. Cet organe, jusqu'alors paralysé, reprend peu-à-peu ses mouvemens volontaires; l'œil parfaitement sain et de même niveau que celui du côté opposé, jouit de sa mobilité normale. Cependant le malade ne peut pas distinguer les objets à une lumière diffuse, mais il aperçoit parfaitement celle d'une chandelle et en précise exactement la position.

Quelques jours avant la sortie du malade une mélitagre flavescente envahit une petite étendue de la joue du côté

opéré ; mais promptement guérie sous l'influence des moyens appropriés, elle permet au malade de quitter l'hôpital le 22 septembre, un mois après l'opération.

Remarques. — La maladie paraît s'être développée spontanément, et loin que l'ophthalmie qui a précédé le moment où elle est devenue apparente en puisse être regardée comme la cause, je crois plus probable qu'elle en était l'effet et le symptôme, le symptôme du travail de développement qui se faisait dans l'orbite et dont la tumeur a été le résultat. Il n'est pas rare, en effet, que des lésions organiques s'accompagnent de congestion, d'inflammation locale développée au voisinage de la lésion, et se manifestant par des symptômes plus ou moins évidens.

Diagnostic. — Il y avait ici, comme dans une foule de maladies, un point bien important à décider, c'était de déterminer d'une manière précise l'espèce de tumeur à laquelle nous avions affaire, car de là dépendait toute notre thérapeutique. Pour arriver ainsi à porter un diagnostic certain, il nous fallait passer successivement en revue toutes les causes de l'exophthalmie, et procédant par voie d'exclusion, rejeter toutes celles qui n'offraient aucune analogie avec le cas que nous avons sous les yeux. Et tout d'abord le toucher nous portait à penser qu'il ne s'agissait pas là d'une collection de liquide, soit purulente, soit de toute autre nature, comme Saint-Yves (1), Pellier de Quensy (2), Græfe (3) et une foule d'autres, en ont rapporté des exemples, mais d'une tumeur solide. C'était donc parmi ces dernières qu'il nous fallait d'abord chercher. Or, ces productions accidentelles, dont la présence dans l'orbite détermine l'exophthalmie, sont de deux ordres : 1.° les unes sont nées hors de l'orbite, et ont refoulé

(1) *Mal. des yeux*, part. I, chap. XX, p. 106.
(2) *Obs. sur les mal. des yeux*, p. 400.
(3) *Archives générales de Medecine*.

ou même perforé les parois de cette cavité. 2.° Les autres se sont développées sur les parois osseuses ou dans les tissus situés derrière le globe de l'œil.

1.° En tête des tumeurs dont le point de départ est en dehors de l'orbite, je placerai le fongus de la dure-mère. Ainsi Louis (1) a rapporté l'histoire d'une jeune fille qui avait les deux yeux saillans d'un pouce, par suite de l'accroissement d'un fongus de la dure-mère qui avait détruit la voûte orbitaire de chaque côté. Paaw (2) en cite aussi un cas assez curieux. L'absence complète d'accidens du côté du cerveau, la sensation de fermeté et de résistance que donnait notre tumeur quand on la palpait, et enfin la présence de pulsations qui caractérisent si souvent les excroissances fongueuses de la dure-mère, et qui manquaient ici, suffisaient pour nous faire rejeter l'idée que la maladie de Chastelin fût due à une semblable cause.

Une source bien plus fréquente d'exophthalmie, c'est le développement des polypes dans les fosses nasales et les sinus maxillaires. Ici il serait bien difficile de se tromper; car si le polype s'est formé dans les fosses nasales, par exemple, il n'a pu déterminer le refoulement des os de l'orbite, qu'après avoir acquis un volume considérable, après avoir déformé le nez, et enfin être devenu appréciable au toucher et à la vue. Nous avons d'ailleurs cité avec détails plusieurs cas de ce genre dans notre *Traité sur les polypes;* j'y renvoie aussi pour tout ce qui a rapport au fongus du sinus maxillaire.

2.° Quant aux tumeurs nées dans la fosse orbitaire, quelques-unes sont formées aux dépens des parois osseuses elles-mêmes. C'est ainsi que l'on trouve dans les auteurs des exemples d'exostose ou d'ostéo-sarcôme de la paroi or-

---

(1) *Mém. sur les fongus de la dure-mère.* Mém. de l'Ac. royale de Chir., T. XIII, p. 69.

(2) *Mém. sur l'extirpation de l'œil,* par Louis. Mém. de l'Ac. royale de Chir. T. XIII, p. 276.

bitaire, qui avaient donné lieu à la maladie qui nous occupe. Au rapport de Louis (1), Sue a vu un cas de ce genre; mais un des plus curieux qu'on puisse lire est celui qui nous a été transmis par J.-L. Petit, dans son *Traité des maladies des os* (2). Je rapporte ce fait, à cause de son importance en lui-même, et comme modèle de diagnostic. Il s'agit d'un homme de cinquante ans dont l'œil gauche faisait en avant et en dehors une saillie d'un demi-pouce; en même temps, vers l'angle interne de l'œil était une petite tumeur molle, se vidant par la pression dans le canal nasal, et au-dessous une autre tumeur plus dure offrant des pulsations isochrônes à celles du pouls, lesquelles se transmettaient à l'angle externe de l'œil malade, à l'angle interne de l'œil du côté sain, et même à deux tumeurs polypeuses qui existaient simultanément dans les fosses nasales. Plusieurs chirurgiens croyaient à un anévrysme; Petit seul combattit leur opinion en disant que l'anévrysme était une tumeur molle, réductible par la pression, et accompagnée de bruissement; que celle-ci était dure, résistante, et ne faisait entendre aucun bruit; qu'il n'y avait pas en ce point d'artère capable de produire un anévrysme; et que si, comme on le lui objectait, les petites artères pouvaient prendre un volume considérable, elles n'étaient pas pulsatiles, ou du moins l'étaient à peine. Petit croyait que la maladie était un sarcôme produit dans les lames spongieuses de l'ethmoïde; il explique longuement comment une tumeur semblable a pu causer les divers phénomènes observés chez son malade, et quant aux battemens il s'en rend compte par le choc du cerveau sur l'ethmoïde carnifié et qui devait obéir à cette impulsion. Petit ne dit pas que l'autopsie ait vérifié son diagnostic; seulement pour le justifier il rapporte plusieurs cas

(1) *Mémoire cité*, p. 277.

(2) Tome II, p. 303 et suiv.

tirés de sa pratique ou empruntés à divers auteurs, et qui prouvent la possibilité de cette carnification des os. Parmi ces cas il s'en trouve deux d'exophthalmies déterminées ainsi par des tumeurs sarcomateuses de l'ethmoïde. Les caractères physiques fournis par notre tumeur différaient trop de la dureté et de l'immobilité de l'exostose, d'une part, et de la mollesse et de la rénitence des sarcômes, d'autre part, pour que nous fussions induits en erreur.

Si, comme on en a des exemples, des pelotons graisseux s'accumulent dans l'orbite et repoussent l'œil, ils viennent faire saillie derrière les paupières, et là on peut apprécier au toucher leur forme globuleuse et leur mollesse. On sait que très-souvent des fongus ou tumeurs érectiles se forment dans l'orbite : l'aspect tout particulier de ces tissus ne permet pas de méconnaître la maladie quand l'œil est tout-à-fait chassé de sa cavité, et que la tumeur peut être vue ou sentie par le toucher. MM. Travers et Dalrymple en ont cité chacun un exemple dans lequel la guérison fut obtenue à l'aide de la ligature de l'artère carotide (1). Au rapport de S. Cooper (2), M. Lawrence a rencontré une ophthalmie causée par une collection d'hydatides formée dans l'orbite. Le même auteur rapporte, d'après Langenbeck, un cas de stéatôme qui, né derrière l'œil, avait expulsé cet organe de sa cavité. La vision, qui était perdue, fut recouvrée parfaitement après l'opération. Dans ces cas les tumeurs étant indolentes, leur nature précise est très-difficile à déterminer, je pourrais dire à deviner.

D'autres fois ce sont des tumeurs enkystées. St.-Yves (3) a vu une jeune fille de douze ans qui portait ainsi à la partie inférieure de l'orbite une tumeur dont la présence refoulait l'œil en avant et en haut sans abolir la vision.

---

(1) S. Cooper, art. *Exophthalmie.*
(2) *Id. Ibid.*
(3) *Mal. des yeux*, chap. XXI, p. 110.

St.-Yves se décida à l'opérer, et ayant pratiqué l'extirpation du mal avec beaucoup d'adresse et de bonheur, il reconnut que cette tumeur était formée de trois loges contenant une matière mélicérique ou plâtreuse, mais à un degré différent de consistance dans chacune. Ces kystes sont le plus souvent indolens, offrent de la rénitence, quelquefois même de la fluctuation. Mais ici l'absence de ce caractère, la fermeté de la tumeur, m'empêchèrent de croire que ce fût un kyste. Ce pouvait être une tumeur capable de dégénérer en cancer; mais à son indolence il était aisé de voir que la tumeur n'était pas encore dégénérée, car il n'y avait ni douleur, ni ramollissement, ni suppuration, ni même de ces bosselures et de ces duretés qui caractérisent le squirrhe, et qui manquent pourtant dans certaines formes de cette même affection. Enfin l'absence des circonstances d'hérédité ou d'une autre maladie cancéreuse co-existante concourait à rendre le diagnostic obscur.

Toutefois comme dans l'une et l'autre hypothèse il fallait opérer, et qu'un squirrhe me semblait seul capable de donner lieu aux symptômes que j'observais, je m'en remis à l'opération pour résoudre la difficulté. Si, comme je penchais à le croire, il s'agissait d'une production cancéreuse, je l'enlevais avec toutes les précautions possibles pour ne rien laisser de malade qui pût devenir le noyau d'une autre tumeur de ce genre; si j'avais affaire à un kyste, je me proposais de l'exciser et de le faire suppurer; en un mot, je devais modifier ma conduite d'après les lumières que j'attendais de l'opération.

Pronostic. — L'exophthalmie abandonnée à elle-même, quand elle est due au développement d'une tumeur orbitaire, entraîne nécessairement la perte de la vue, à moins que la tumeur ne s'arrête de bonne heure dans son accroissement. Elle produit même l'inflammation de l'œil qui, suivant Boyer, peut amener les accidens les plus fâcheux.

Enfin, elle expose le malade, à la diathèse à la cachexie cancéreuse, et à la récidive du mal si la tumeur est elle-même cancéreuse.

Si l'on parvient à détruire par un moyen quelconque, et l'on peut souvent y parvenir, la cause mécanique de l'exophthtalmie, l'expérience prouve qu'alors l'œil rentre spontanément dans l'orbite, ou qu'on peut l'y réduire assez facilement; l'expérience prouve même que si la vision était anéantie par suite du déplacement de l'œil, il est possible que le malade la recouvre entièrement. Voici quelques faits qui, déjà depuis long-temps dans la science donneront, à cette proposition le dernier degré de l'évidence. Je rappellerai d'abord la fameuse observation de Covillard (1) qui, bien que combattue par Maître-Jan, l'éditeur de Verduc, Guérin, etc., est aujourd'hui admise comme authenthique : il s'agit d'un homme qui reçut à l'œil un coup de balle de paume, si violent, que le globe fut chassé de sa place, et pendait sur la joue; un parent du blessé, armé d'une paire de ciseaux, voulait couper les parties qui retenaient l'œil; heureusement Covillard arriva à temps pour y mettre obstacle, et ayant réduit et maintenu convenablement l'organe déplacé, la guérison fut obtenue sans aucune altération ni diminution de la vue. Lamswerde,(2) raconte une cure tout-à-fait semblable. L'accident avait été causé par un coup de baton. Spigelius (3) parle d'un enfant qui eut l'œil chassé de son orbite par un coup de pierre; un chirurgien habile, qui traita l'enfant, obtint une guérison parfaite.

Quesnay, dans son excellent mémoire sur l'application du trépan dans les cas douteux (4), rapporte l'histoire d'un

---

(1) Louis, *Mém. cité*, p. 266.
(2) *Id. Ibid.*, p. 268.
(3) *Id. Ibid.*, p. 269.
(4) *Mém. de l'Acad. royale de Chir.*, T. I, p. 237, éd. in-12.

homme qui tomba, de 15 ou 16 pieds de haut, si violemment sur la tête, que l'œil droit sortit de l'orbite et pendait sur la joue; l'œil se replaça de lui-même peu de temps après le coup. Ces divers faits pouvaient déjà faire concevoir *à priori* l'espérance de ramener la vision dans les cas d'exophthalmie due au développement d'une tumeur orbitaire, en enlevant la cause du déplacement.

Un danger, avons-nous dit, est celui de la récidive; aussi quelques chirurgiens se refusent-ils à opérer dans les cas de ce genre. F. Plater (1), consulté par un jeune garçon, qui portait dans le fond de l'orbite une énorme tumeur carcinomateuse, dont l'accroissement avait expulsé l'œil, s'opposa à l'extipation à cause de la nature du mal. Un charlatan ayant emporté la tumeur et l'œil ensemble, le malade guérit *et fut très-bien pendant deux ans*, mais le cancer repullula et devint plus gros qu'il n'était auparavant. Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que de cette observation on peut tirer une conséquence toute opposée à celle qu'en déduit Plater; en effet, si après une opération faite d'une manière aussi peu méthodique (le charlatan *arracha* toute la masse altérée), le malade a pu jouir de deux années de santé, ne pouvait-on pas espérer une guérison absolue, ou du moins d'une plus longue durée, à l'aide de l'extirpation faite rationnellement? Parmi les autres cas de récidive que nous offrent les auteurs, je noterai celui que M. A. Petit (2), de Lyon, nons a transmis dans ses opuscules cliniques. Un enfant de 8 ans avait l'œil droit chassé hors de son orbite par une tumeur cancéreuse née du fond de cette cavité, et qui, dans les premiers temps, *ne semblait pas intéresser le globe oculaire.* Cet organe *remplissait encore ses fonctions et jouissait de tous ses mouvemens*; mais par les progrès de la maladie, il

(1) *Obs. de chir.*, liv. I, obs. XCVIII.
(2) Obs. XCI, p. 162.

se dénatura, se boursouffla, fit corps avec la tumeur, et ne présenta plus qu'un champignon inégal aussi gros que le poing. On l'extirpa avec succès, du moins en apparence, mais au bout de quelques mois, la tumeur reparut, et l'enfant ne tarda pas à succomber.

En pareil cas, n'est-il pas évident, d'après la marche même de la maladie, que si l'on est appelé à temps, on a toutes les chances possibles de sauver le malade, et même de lui conserver la vision. C'est ce que prouvent plusieurs observations, une entr'autres fort curieuse rapportée par Warner (1), ce chirurgien enleva une tumeur squirrheuse située derrière la paupière supérieure, et s'étendant d'un angle à l'autre de l'orbite. L'œil, qui était repoussé en avant et en bas, avait perdu une partie de ses fonctions; il ne les recouvra même jamais complètement, mais le malade guérit. Plus heureux que Warner, Hope (2), qui pratiqua une pareille opération, et pour un cas plus grave encore, eût l'avantage d'obtenir le rétablissement complet des mouvemens et des fonctions de l'œil. Nous avons vu plus haut que Langenbeck avait eu le même succès.

Pour nous, sauf le cas de diathèse cancéreuse, ou d'extension du mal hors de l'orbite, nous pensons qu'il convient d'opérer en ménageant l'œil s'il est sain, en l'emportant s'il est attaqué. — Dans le courant de 1834 nous avons eu dans notre service un malade nommé Destourbet, affecté d'une exophthalmie très-considérable et que nous ne voulûmes pas opérer. Chez ce sujet le mal s'était manifesté depuis plusieurs mois par une tumeur située au-dessous de la glande parotide, derrière l'angle de la mâchoire du côté droit. Peu à peu cette tumeur s'étendit en dedans et en haut, vint faire saillie dans le pharynx derrière le pilier postérieur du voile du palais, et remontant très-pro-

(1) *Obs. de chir.*, p. 52, an. 1757.
(2) Louis, *Mém. cité*, p. 354.

bablement jusqu'au sommet de la fosse zygomatique, pénétra dans l'orbite et finit par chasser l'œil hors de cette cavité. Le globe oculaire rouge et enflammé formait une saillie de près d'un pouce, et le rebord sourcilier lui-même, refoulé en avant, présentait une bosse considérable. Les douleurs lancinantes ressenties par le malade dans toutes les parties affectées, et notamment dans l'orbite, douleurs que calmaient à peine les narcotiques, ne laissaient aucun doute sur la dégénération cancéreuse de l'affection. La tumeur orbitaire n'était-elle que le prolongement de celle qui existait dans le pharynx et derrière l'angle de la mâchoire, ou en était-elle distincte? Peu importait, la contre-indication était toujours la même : car dans le second cas, la production formée derrière l'œil eût-elle été enlevée, il restait toujours la masse inférieure, que sa position et son volume mettaient au-dessus de mes efforts, et dont les progrès devaient nécessairement entraîner le malade au tombeau.

Traitement. — Devait-on proposer l'opération à Chastelin, ou bien essayer d'abord l'usage des fondans? Plusieurs chirurgiens assurent avoir obtenu la résolution de tumeurs orbitaires : ainsi, au rapport de Louis (1), Trincavelli a vu guérir par les remèdes internes un jeune Vénitien dont l'œil était devenu saillant à l'occasion d'un squirrhe développé sur la conjonctive. Bertrandi (2) a traité avec succès par les mercuriaux une exophthalmie que déterminait un fongus de nature syphilitique développé au fond de l'orbite; Saint-Yves et beaucoup d'autres rapportent des faits analogues. Je crus donc devoir tenter l'emploi des résolutifs, en même temps qu'à l'aide de sangsues je déterminais un dégorgement sanguin local. Au bout de quelques jours l'œil était devenu moins saillant;

(1) *Mémoire cité*, p. 273.
(2) *Ibid.*, p. 349.

mais là se bornèrent les effets de notre médication, et malgré l'emploi réitéré des mêmes moyens, le mal resta stationnaire.

Il ne faut pas se faire illusion sur ces diminutions si promptes des tumeurs traitées par les sangsues et les résolutifs. Ordinairement le développement et la présence de ces tumeurs détermine dans les tissus voisins, et notamment dans le tissu cellulaire, une irritation sourde, et par suite un engorgement, qui causent la congestion sanguine des parties voisines, comme nous l'avons déjà dit, et même la tuméfaction générale de la partie. C'est cet engorgement qui plus tard participera à la dégénérescence de la tumeur principale ; c'est cet engorgement, dis-je, que font disparaître les antiphlogistiques et les fondans lorsqu'on les a employés de prime-abord. Quoi qu'il en soit, cette circonstance est très-favorable, car s'il faut en venir à l'opération, on agit sur des tissus ramenés à l'état normal, et dès-lors mieux disposés à une guérison franche et durable.

Aussi je pense que, lorsqu'on a affaire à une tumeur cancéreuse peu avancée, on doit toujours employer au début le traitement dont nous parlons, non pas autant dans l'espoir de guérir le mal, que de l'amener dans les circonstances les plus avantageuses pour l'opération.

Quant au procédé opératoire que nous avons suivi, il est on ne peut plus simple. C'est celui qu'ont employé tous les chirurgiens qui ont eu des opérations de ce genre à pratiquer; St.-Yves, Warner, Hope, etc., n'ont pas agi autrement.

Dans ces derniers temps, M. Velpeau (1) en a proposé un nouveau et qui consiste à prolonger, par une incision qui la divise, la commissure externe vers la tempe, de manière à pouvoir renverser les paupières : on met ainsi très-facilement à découvert, dit-il, les deux tiers externes de la

(1) *Méd. Op.* T. I, p. 683.

circonférence orbitaire. J'avoue que je préfère l'ancien procédé, et pour plusieurs raisons. D'abord le procédé de M. Velpeau n'est applicable qu'aux tumeurs siégeant à l'angle externe de l'œil. Si la tumeur occupe le milieu de la partie supérieure ou inférieure de l'orbite, si elle est en dedans, l'incision de la paupière au niveau du mal vaut certes beaucoup mieux : car pour la partie interne, la présence des voies lacrymales s'oppose à ce qu'on prolonge la commissure dans ce sens. En incisant la paupière on arrive immédiatement sur la tumeur qui le plus souvent fait saillie en avant, et on n'a pas l'inconvénient de relever toute la masse de la paupière supérieure qui doit nécessairement gêner l'opérateur. Il est bien plus naturel d'agir dans le sens des fibres de l'orbiculaire de manière à les écarter que de les couper transversalement. C'est là du reste un léger inconvénient. Enfin même en coupant en dehors, comme le veut M. Velpeau, on a un autre désavantage; c'est de couper les conduits excréteurs de la glande lacrymale. Et si après la guérison il ne reste pas une fistule qui transmette les larmes audevant du globe oculaire, l'humeur sécrétée pourra s'amasser derrière la paupière supérieure, et former une tumeur analogue à la grenouillette.

Quant au pansement, il nous a suffi de rapprocher mollement, et de soutenir l'appareil avec un bandage peu serré, pour obtenir la réduction de l'œil et la guérison. Si l'œil ne rentrait pas facilement, ou que les parties qui le retiennent au fond de l'orbite long-temps distendues eussent perdu leur ressort, pour l'y rappeler on pourrait, comme Hope (1) l'a fait avec succès, employer une compression continue, à l'aide d'un bandage approprié, pressant sur une plaque de métal concave, pour s'adapter à la forme de l'œil.

(1) Louis, *Mem. cité*, p. 361.

Douleurs simulant une affection rhumatismale ; dégénération graisseuse des muscles ; ramollissement général des os. Observation recueillie à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. Hourmann, *et suivie de réflexions ; par M.* Dechambre, *interne des hôpitaux.*

Moutardier (Madeleine), âgée de 61 ans, de constitution sèche et maigre, raconte qu'à l'âge de 43 ans, ayant été beaucoup exposée à l'air et à l'humidité, elle fut saisie dans la cuisse gauche d'une vive douleur qui disparut complètement, dit-elle, sous l'influence de quarante bains tièdes. A 59 ans, elle fit une chute à la suite de laquelle la cuisse droite se gonfla considérablement. On employa des sangsues et des cataplasmes, et la guérison ne fut complète qu'au bout de cinq mois. Enfin, sans cause bien appréciable, des douleurs intenses se firent sentir, il y a un an, dans le membre inférieur gauche d'abord, et puis au niveau des fausses côtes des deux côtés, et six mois plus tard dans le membre inférieur droit et les deux épaules. Ces douleurs ont persisté, et c'est contre elles qu'elle demanda des secours le 29 mai 1834.

Alors on constate qu'elles existent bien dans tous les points indiqués ; aucune trace de rougeur ou de tuméfaction inflammatoire sur tous les points. Exostose de la clavicule droite vers son extrémité interne.

En poussant plus profondément l'examen, j'appris que la douleur qui avait envahi autrefois la cuisse gauche avait suivi le trajet du nerf sciatique ; puis, voici ce que je constatai. Quand la malade restait sans mouvement ou qu'on la palpait, elle ne souffrait ordinairement pas, si ce n'est un peu vers les fausses côtes, à cause des mouvemens inspiratoires. Mais venait-elle à remuer un membre, ou voulait-

ou toucher même légèrement une partie du corps, quelle qu'elle fût, sans l'en prévenir, écartait-on, par exemple, brusquement sa couverture, en feignant de lui saisir un bras comme pour l'examiner, à peine on l'avait touchée, ou même on ne l'avait pas encore atteinte, qu'instantané ment les douleurs éclataient dans tous les points. Elles étaient plus violentes encore quand on faisait exécuter aux membres quelques mouvemens. Dans tous ces cas, celles des membres inférieurs partaient de l'extrémité des orteils et arrivaient comme un éclair au bassin, en embrassant tout le membre, mais plus vives, plus aiguës tout le long de la partie inférieure. Quelquefois cependant, bien que, je le répète, ces membres ne fussent pas douloureux au simple toucher, ils devenaient, par le moindre mouvement, le siége d'une douleur générale, uniforme, n'affectant aucune marche, aucune direction spéciale, plus forte cependant dans les articulations. En même temps que, sous l'influence de la stimulation indiquée, la douleur partait des orteils, une autre toute semblable, lancinante, se faisait sentir à la base du thorax, et semblait l'envahir tout-à-coup dans toute son étendue, sans qu'il fût possible à la malade de lui constater un point de départ. Celles des épaules étaient beaucoup moins violentes et et ne s'irradiaient point; elles n'augmentaient que par le mouvement. Chaque crise était accompagnée d'un cri de surprise qui en marquait l'instantanéité et même la durée, tant cette durée était courte. Du reste, aucune paralysie du mouvement. Habituellement les membres inférieurs étaient à demi-fléchis; mais la malade pouvait quelquefois les étendre, quand l'intensité de la douleur ne s'y opposait pas. Dans le cas contraire, ils se contractaient violemment sous les efforts, et on ne les étendait qu'avec beaucoup de peine. Il n'y avait aucune douleur particulière sur le trajet de la moelle; seulement quand celles du thorax se développaient, elles occupaient la partie inférieure de la région

dorsale, comme les autres parties du contour de cette cavité.

L'intelligence était très-saine, la malade dormait bien; la peau était chaude et moite; le pouls à 75, dur, régulier. Aucun autre symptôme gastro-intestinal que la constipation; quelques palpitations; un peu de toux sèche. (Julep, acétate morphine, un demi-gr.; frictions avec l'axonge camphré).

Les douleurs diminuèrent les huit premiers jours, puis reprirent leur première intensité. Des nausées survinrent; on supprima le julep pendant un jour. On le reprit le 10 juin, et le 13 nouvel amendement. Le 18, la malade pouvait exécuter impunément quelques mouvemens; mais le 20, retour des anciennes douleurs. On suspend tout traitement le 29. Les 10, 11, 12 juillet, amélioration survenue spontanément et qui cesse de même. Les douleurs sont très-vives, surtout dans le genou, la hanche gauche, le côté droit : un vésicatoire sur ce côté soulage momentanément. Les crises sont plus fréquentes, *naissent maintenant sans cause déterminante*, laissent peu de repos la nuit.

Je m'absente pendant plusieurs semaines.

A mon retour j'apprends que la malade est depuis un mois à l'usage de la térébenthine en potion, selon la formule de M. Récamier. On a été obligé de la suspendre plusieurs fois à cause des coliques, de la diarrhée, des vomissemens. Mais la malade est mieux. *Les douleurs ont toujours le même caractère;* elles sont moins fréquentes et moins violentes dans les membres inférieurs et les épaules, mais au thorax elles sont toujours les mêmes et parfois assez violentes pour faire perdre connaissance à la malade. Pas de mouvemens convulsifs. On cesse tout traitement intérieur, et l'on applique un cautère de chaque côté de la neuvième vertèbre dorsale. Aucun changement du côté des membres; augmentation des douleurs du tronc. — Le 29 septembre, on commence l'usage d'un looch avec sir.

morphine, ℥j. Les douleurs diminuent notablement partout ; des nausées qui s'étaient montrées pendant la cessation du traitement interne disparaissent; l'appétit devient meilleur; la peau est toujours chaude; le pouls dur, vibrant. — Le 17 octobre, l'état de la malade restant stationnaire, en même temps qu'on continue l'usage des narcotiques, on enfonce à huit ou dix reprises quatre aiguilles à acupuncture entre la peau et les dernières fausses côtes; elles soulagent, mais seulement pendant le temps de leur application. Le 25 novembre au matin, elle est dans le même état. A six heures du soir on m'envoie chercher : je la trouve dans un état singulier. Elle répète à chaque instant : *Donnez-moi, je vous prie......*, et n'achève pas. Elle s'adresse aux personnes qui ne lui parlent pas, et ne répond pas à celles qui lui parlent, ou ne leur répond que par son refrein ordinaire. Elle dit pourtant n'avoir pas de céphalalgie. Plaintes, agitation de la face; mouvemens des lèvres semblables à ceux qu'on exécute quand on va pleurer. Face peu colorée. Aucune déviation de la langue ou des commissures; parole libre. Elle tient fortement serré avec sa main droite un pan de sa chemise; le bras gauche est continuellement occupé à relever les couvertures. Elle lâche le pan de sa chemise quand on l'y engage; mais alors le bras reste étendu, comme inflexible, le long de la partie latérale du tronc. On peut exercer sur lui des *pressions* assez considérables, sans exciter les plaintes de la malade; mais à peine cherche-t-on à lui faire exécuter *le plus léger mouvement possible* qu'elle pousse des cris aigus, et l'on sent une résistance considérable. Les mêmes symptômes existent dans le bras gauche, mais à un degré beaucoup moins considérable. Les deux membres inférieurs sont immobiles, fortement fléchis ; la douleur y a les mêmes caractères qu'au bras droit. Aucun symptôme nouveau du côté du ventre ou du thorax. — Une saignée enlève les accidens. On continue l'opium qu'on porte à la

dose de deux grains; la saignée n'est pas couenneuse. — Dès le lendemain elle commence à tousser; des signes de bronchite aiguë se déclarent; malgré une seconde saignée elle s'établit d'une manière chronique. Le délire revient par intervalles vers le 18 décembre, avec des alternatives de coma; la céphalalgie a toujours été modérée. L'état des membres était exactement revenu à ce qu'il était avant le 25 novembre. La malade resta continuellement couchée dans le décubitus incliné à droite, jusqu'à sa mort qui arriva le 4 janvier 1835, à cinq heures du matin.

Autopsie le 5 à dix heures du matin. — Pas de rigidité cadavérique.

Tête. — Absence de toute lésion chronique des méninges; injection médiocre. Elle est aussi très-peu marquée dans le cerveau, telle qu'on la rencontre le plus ordinairement chez les vieillards, dont la mort est si souvent précédée des symptômes d'asphyxie. La substance corticale surtout, de couleur normale, nullement adhérente aux méninges. Mais toute la substance cérébrale est d'une fermeté remarquable, générale, uniforme. Une cuillerée à soupe, de sérosité très-colorée en rouge dans chaque ventricule latéral; état normal des parois de ces cavités; plexus choroïdes gorgés de sang. Rien dans le cervelet, la protubérance cérébrale.

Rachis. — Rien de spécial à la dure-mère, l'arachnoïde, sa cavité. Peu de sérosité dans la pie-mère; injection notable de ses vaisseaux exactement bornée à toute la moitié postérieure. On observe encore éparses le long de celle-ci cinq à six petites plaques semi-cartilagineuses d'une ligne à deux de diamètre. Moelle petite et saine.

Thorax. — Assez grande quantité de graisse dans le médiastin. Poumon gauche volumineux, très-emphysémateux, peu engoué. Adhérences récentes du poumon droit en bas et en arrière; hépatisation grise du lobe inférieur. — Cœur et péricarde à l'état normal.

Abdomen. — Foie légèrement cyrrhosé. — Rougeur générale, pointillée, inégale, de la muqueuse gastrique, sans ramollissement. — Rate dense, de volume normal, d'une couleur rouge pâle. — Epiploon bien fourni de graisse.

On examine avec beaucoup d'attention :

1.° Les nerfs sciatiques, médians, radiaux, cubitaux, pneumo-gastriques, intercostaux. Tous sont complètement à l'état normal, si ce n'est que les cloisons celluleuses qui séparent leur différentes fibrilles sont envahies par de la graisse, et cela même dans les plus petits d'entre eux, en sorte que leur volume en est un peu augmenté. Du reste, aucune trace de rougeur, de ramollissement, d'induration, etc.

2.° *Les muscles.* — Ils sont partout d'une pâleur extrême tirant un peu sur le jaune. Une grande proportion de la fibre musculaire elle-même a disparu, et est remplacée par du tissu graisseux qu'on peut suivre jusqu'entre les fibres les plus tenaces, en sorte que, malgré cette abondance de graisse, les masses charnues sont très-peu volumineuses; aussi cette femme paraissait-elle, pendant sa vie, réduite à un état d'émaciation considérable. Cette graisse est d'ailleurs partout d'une sécheresse extrême au toucher : il semble qu'elle ait été exposée à l'air depuis long-temps.

4.° *Les os.* — Les vertèbres, les humérus, les clavicules, les fémurs, les os iliaques, se coupent avec la plus grande facilité. Un mouvement brusque, imprimé à la cuisse, brisa le col du fémur gauche. L'intérieur des os offre presque partout un tissu aréolaire très-raréfié, d'un blanc grisâtre, contenant une grande quantité de sucs d'un aspect gélatiniforme. En quelques points, cependant, comme au col du fémur, au sein de l'os iliaque du côté gauche, le tissu osseux est réduit en un détritus rougeâtre qui en occupe le centre. Le dernier de ces os seul a paru sensiblement augmenté d'épaisseur; aussi la fesse de ce côté étaitelle sensiblement plus saillante.

4.° *Les articulations.* — Toutes contiennent une quantité de synovie en rapport avec l'âge du sujet. Elles n'offrent à noter rien autre chose qu'une érosion de peu d'étendue, à bords découpés, à fond rugueux et inégal, formé par le tissu osseux, à la face interne de chaque olécrâne et sur la tête du fémur gauche. Pas de rougeur, ni de ramollissement de cartilage aux environs.

Cette observation pourrait donner lieu à de longues réflexions. Je pourrais faire remarquer d'abord, comment en rapprochant entre elles diverses circonstances, la nature de la cause qui développe les premières douleurs, le principal siége de ces douleurs dans les articulations, l'existence d'une exostose près d'un de leurs foyers, etc., on eût été amené à prononcer l'existence de cette maladie si vague, si indéterminée, qu'on appelle rhumatisme chronique; comment, d'une autre part, il est facile de faire ressortir les symptômes qui, dans la suite de l'observation, appartiennent évidemment à une névralgie (1). On voit même que c'est à l'espèce des névralgies ascendantes qu'il faut la rapporter, au moins pour ce qui regarde les membres inférieurs.

Je pourrais encore faire servir cette observation à montrer jusqu'à quel point des accidens purement névralgiques peuvent simuler des désorganisations chroniques des centres nerveux ou de leurs membranes.

Mais toutes ces questions sont de celles qu'on ne doit pas aborder légèrement avec un fait. Je les laisse donc pour me livrer à quelques considérations qui s'y rattachent plus immédiatement.

Ce qui frappe d'abord, c'est l'état maladif de presque tous les organes. Mais si on examine l'ensemble de toutes les lésions, on ne tarde pas à appercevoir en elles une

---

(1) Par névralgie je n'entends pas l'inflammation des nerfs; je laisse au mot la signification qu'entraîne son étymologie.

sorte d'uniformité qui semble devoir les faire ressortir du même principe.

C'est un fait bien connu que, chez les individus retenus au lit depuis long-temps, la fibre musculaire tend à éprouver la transformrtion graisseuse. On a discuté sur la valeur de ce mot *transformation*. En observant les couleurs pâle-jaunâtres des muscles chez des individus paralysés depuis long-temps, les anatomo-pathologistes avaient d'abord pensé qu'il s'était fait au sein de la fibre musculaire, une permutation de ses molécules en molécules adipeuses. On admet généralement aujourd'hui, depuis Bichat et Béclard, que du tissu adipeux prend seulement la place de la portion du tissu musculaire qui disparaît par atrophie, mais qu'une fois enlevé, celui qui s'interpose soit entre les masses charnues elles-mêmes, soit entre leurs faisceaux, il reste encore un tissu qui n'a qu'une analogie de couleur avec le tissu graisseux; car l'analyse chimique y démontre la présence de la fibrine. Cette altération pathologique est ici parfaitement en rapport avec la longue immobilité dans laquelle la malade avait vécu. Le mécanisme par atrophie est d'autant plus évident que, comme nous l'avons vu, le volume total des masses charnues était très-diminué. Je rappellerai toutefois qu'il ne paraissait pas qu'il y eût la moindre atrophie dans les fibres nerveuses, bien que la graisse eût envahi leurs cloisons celluleuses, mais que le volume des cordons en était sensiblement augmenté; que cette graisse était assez abondante dans le médiastin, les épiploons, bien qu'il n'existât aucun indice d'atrophie dans les viscères thoraciques ou abdominaux.

Est-ce encore à la même cause, l'immobilité, qu'il faut rapporter le ramollissement général des os? Comme chez les vieillards, cette lésion a coïncidé souvent avec des vives douleurs, les uns ont dit que le rachitisme dès vieillards s'accompagne souvent de douleurs aiguës, comme rhumatismales. Mais il existait ici dans beaucoup de points où

la malade n'avait témoigné aucune souffrance. Les autres ont retourné la question, et dit : Le rachitisme reconnaît souvent pour cause une affection rhumatismale. Mais si l'on songe dans combien de conditions diverses on a vu se produire le ramollissement des os, que toutes ces conditions avaient pour résultat commun d'affaiblir, de détériorer la constitution soit par l'effet direct d'une maladie chronique, soit en rendant tout exercice impossible; qu'on l'observe presque toujours à des degrés variables dans les os celluleux des scorbutiques, et cela sans qu'aucune douleur ait annoncé le travail intérieur, c'est à cette disposition générale quelle qu'elle soit, la détérioration de l'organisme, qu'on sera tenté de rapporter la lésion qui nous occupe.

L'analyse a démontré, dans les os ainsi ramollis, une abondance insolite de substance gélatineuse. Or, on sait depuis Bichat que c'est une pareille substance qui, chez les fœtus et les jeunes enfans, remplace le suc huileux qui remplit les cellules osseuses des adultes. Ainsi, dans notre observation, à mesure qu'un élément organique disparut, il fut remplacé par une autre placé moins haut dans l'échelle. C'est le tissu adipeux qui remplace la fibre musculaire; c'est la gélatine qui remplace le suc huileux des os. Et il n'est pas sans intérêt de voir des altérations analogues prendre naissance aux deux extrémités de la vie, sous l'influence des mêmes conditions : je veux dire le rachitisme se développer sous l'influence d'une atonie générale, suite d'une maladie chronique et du défaut d'exercice.

Il est remarquable, qu'au milieu de cette altération profonde du tissu osseux, les surfaces articulaires, malgré l'intensité des douleurs dont elles étaient spécialement le siége, soient restées intactes, car j'attache peu d'importance aux érosions cartilagineuses offertes par notre malade. J'ai fait quelques recherches à ce sujet, et je me

suis assuré qu'elles sont très-fréquentes chez les vieillards, même chez ceux qui ne se sont jamais plaints de rhumatisme, surtout vers les points où je les ai notés. C'est même une circonstance que je signale comme pouvant devenir dans plus d'un cas une cause d'erreur.

Enfin, il faut sans doute considérer encore, sous le même point de vue général, la cyrrhose du foie, qui se rencontre si fréquemment chez les individus détériorés par de longues affections, et spécialement par celles des voies respiratoires, qui impriment peut-être à la masse du sang des modifications plus profondes.

En résumé, toutes les altérations précédentes me semblent devoir être considérées comme l'effet d'une grande rétrogradation vers leurs élémens primitifs de tous les organes devenus inutiles dans l'économie, par la même loi qui fait s'atrophier un membre paralysé. Aussi le cœur qui ne cesse pas de battre, les poumons qui ne cessent pas de respirer, n'éprouvent-ils aucuns changemens. Ce n'est pas qu'on ne puisse jamais les y observer en pareille circonstance, mais ils y sont toujours beaucoup moins prononcés que dans les organes de la vie animale.

Quoi qu'il en soit, le fait positif, si nous avons rapporté les altérations à leurs véritables causes, c'est qu'aucune d'elles ne peut rendre compte de douleurs si anciennes, si aiguës. Certes, si l'on était en droit d'en attendre une qui fût en quelque sorte *rationnelle*, c'était dans le système nerveux qu'on devait la chercher, et les recherches les plus attentives n'en ont découvert aucune, soit dans les centres, soit dans les cordons. La moelle était petite ; mais c'était encore là un effet de la disposition générale de l'économie.

Faut-il en conclure que ce n'était point dans le système nerveux que siégeait la maladie ? Non, sans doute ; mais seulement que l'anatomie pathologique, dans ce système surtout, est quelquefois insuffisante à nous rendre raison des troubles observés pendant la vie.

Peut-être est-ce à une extension de la souffrance générale de ce système au centre cérébral, qu'il faut attribuer le délire survenu dans les derniers temps. On aurait pu en accuser la grande quantité d'opium que cette femme avait prise ; mais remarquons qu'il disparaît sous l'influence d'une saignée, malgré l'augmentation de la dose des narcotiques, pour ne revenir que vingt-trois jours plus tard, à l'époqae où la pneumonie avait fait des progrès.

Enfin, l'endurcissement général du tissu cérébral, coïncidant avec un délire aigu de dix sept jours, me paraît important à rappeler, en ce que, dépourvu de toute complication, il est propre à confirmer l'opinion des auteurs qui le regardent comme un caractère anatomique d'irritation cérébrale.

De l'emploi du chlore dans le traitement du choléra épidémique ; par A. TOULMOUCHE, *médecin à Rennes, membre-correspondant de l'Académie royale de Médecine, etc.* (1)

Dès l'année 1832, époque à laquelle le choléra-morbus régna épidémiquement à Rennes, après avoir fait ou assisté à un grand nombre d'ouvertures de cadavres, avoir étudié avec persévérance les symptômes de cette maladie, et m'être livré à une analyse consciencieuse de tous les écrits publiés sur ce fléau depuis 1817 que j'avais pu me procurer, j'avais cru devoir émettre des idées assez explicites sur sa nature miasmatique et son mode spécial de propagation. J'avais cherché à les corroborer par

(1) Cct article fait partie d'un Mémoire que M. Toulmouche nous a envoyé sur l'épidémie du choléra qui a régné à Rennes en 1834. N'ayant pu insérer ce Mémoire en entier, nous avons cru utile de ne pas différer l'impression de cette partie, qui a trait à u[illegible]dication toute particulière.

un traitement particulier en harmonie avec la théorie que j'établissais alors. Malheureusement je ne pus y soumettre que quelques cholériques. J'ai tâché, dans l'épidémie qui s'est montrée de nouveau à Rennes en 1834, de combler cette lacune, et, bien que les résultats aient été trop peu nombreux pour qu'on en puisse conclure d'une supériorité marquée de la *médication chloreuse triple* sur les autres moyens employés, bien qu'ils n'aient pas répondu complètement aux espérances que les premiers essais m'avaient fait concevoir, ils ne doivent pas moins engager à expérimenter de nouveau ma méthode. A la même époque, un pharmacien de Saint-Brieuc tentait de démontrer, par un nouveau mode d'expérimentation chimique et microscopique, la présence de miasmes insolites dans l'air atmosphérique comme cause de l'épidémie régnante, dont plus tard les expériences de M. Boussingault confirmaient l'existence dans les lieux insalubres. (*Archives génér. de Médecine*, cahier d'août 1834). Enfin, M. Ledeschaut, dans une brochure in-8.° sur la nature et la cause du choléra-morbus, publiée à Paris en 1832, convaincu que les liquides sont le siége primitif du mal qu'une cause délétère développait spontanément dans l'économie animale, et surtout dans le sang, un principe toxique qui ne tardait pas à stupéfier le système nerveux, à enrayer les mouvemens de la circulation, et à faire naître l'appareil effrayant de symptômes qui caractérisent la maladie, faisant également ressortir la probabilité de ses opinions, par les succès qu'il avait obtenus, 1.° de l'emploi du chlore liquide au maximum de saturation, à la dose de 60 gouttes à 2 gros dans 8 onces d'eau froide ; 2.° de celui de l'acide chlorique de Sérullas, à 30 et 50 gouttes, dans 6 onces de véhicule.

On verra plus bas combien mon traitement différa du sien.

Obs. [illegible] *Choléra avec asphyxie complète ; médication*

chloreuse triple ; guérison. — La femme Appele, âgée de 45 ans, demeurant rue de la Parcheminerie, avait la diarrhée depuis le 21 octobre, et plus fortement depuis quelques jours, lorsque le 14 du même mois 1832, elle fut prise, à cinq heures du matin, d'envies de vomir et de vomissemens. A dix heures, yeux excavés profondément et plombés au pourtour; refroidissement général intense, malgré un monceau d'oreillers sous lesquels on avait enseveli la malade. Crampes, langue froide, cris, voix peu altérée, selles cholériques, stupeur, sifflemens d'oreilles, nul pouls aux deux poignets; suppression d'urine. (Chlore à respirer toutes les deux heures; en commençant par dix gouttes doublées chaque fois. En boisson, solution d'un demi-gros de chlorure d'oxyde de sodium par chopine d'eau; bouteilles d'eau chaude aux pieds).

A quatre heures de l'après-midi, chaleur générale; pouls à 103 pulsations; trouble dans les idées, fausses perceptions; yeux plus vifs; quelques crampes à des intervalles plus éloignés; une selle très-liquide contenant une assez grande quantité de grumeaux muqueux ou gélatiniformes, verdâtres, se déposant sous forme de sédiment. A huit heures du soir, vomissemens très-abondans d'un liquide analogue à de l'eau trouble mêlée de matières vertes grumeleuses; anxiété; agitation extrême; diarrhée copieuse, verdâtre; pouls misérable; yeux excavés, brillans; mains chaudes; langue froide; soif; dégoût de la solution; demande de boissons acides à laquelle je résiste La précédente à un gros est continuée, sans même l'édulcorer; les aspirations chloreuses sont poussées à 30 et 40 gouttes, mais fatiguent la malade qui se découvre incessamment. (Cataplasmes sur l'épigastre pour calmer les vomissemens, ces derniers étant devenus excessifs; tiers de lavemens avec demi-once de chlorure d'oxyde de sodium pour six onces d'eau). Dans la nuit deux selle[illegible]des.

15. Douleurs d'estomac; langue sèche, r[illegible]tue;

cessation des vomissemens; soif extrême; urines toujours supprimées; pouls à 100 pulsations; à midi, il n'en donna que 96; yeux excavés, cernés; nez froid; gargouillemens continuels; somnolence. (Continuation des tiers de lavement chlorurés toutes les deux heures en boisson; solution de trois gros de chlorure d'oxyde de sodium, à 12° de l'aréomètre de Baumé; chlore aspiré à 40 gouttes). A sept heures du soir, trois selles liquides, verdâtres, nez plus chaud; nulles coliques; trois aspirations avaient été faites à 55 gouttes, et trois chopines prises. Les urines n'avaient pas encore reparu; léger coma; le tiers de lavement avaient été gardé une heure.

16. Pouls petit; sentiment d'une faiblesse extrême; langue chaude, rouge, lisse et pointue; hoquet fréquent pendant toute la nuit; borborygmes; peau chaude; nuls vomissemens; deux selles jaunes évidemment bilieuses; assoupissement; yeux moins excavés. (Aspirations chloreuses à 70 gouttes; emplâtre arrosé de chlore appliqué à l'épigastre pour combattre le hoquet).

A trois heures de l'après-midi, pouls à 90 pulsations par minute; langue plus humide; hoquet un peu moins fréquent; gargouillemens; nulles évacuations; sentiment de la faim; peau chaude; sécrétion urinaire nullement rétablie. A huit heures du soir, altération presque nulle; yeux brillans toujours rétractés; la dernière aspiration chloreuse a gêné. Le troisième tiers de lavement chloruré n'a pas été rendu; plaintes; céphalalgie; douleurs épigastriques.

17. Pouls à 80 pulsations. La malade rendit assez abondamment dans la nuit des urines jaunes et légèrement troubles. Chaleur naturelle de la peau; langue sèche et rouge; hoquet très-fréquent; yeux nullement plombés, mais toujours creux; nulle soif ni diarrhée; un vomissement depuis deux jours; nul sommeil. (Suspension des tiers de clystère; boisson avec deux gros seulement de chlorure d'o[illegible]dium; interruption des aspirations chloreu-

ses). La malade avait remarqué qu'elles augmentaient le hoquet. La femme Appele urina encore une fois abondamment à trois heures. Pouls à 92 pulsations; langue moins rouge et moins sèche; borborygmes diminués; voix naturelle; respiration libre; encore quelques tintemens d'oreilles.

Sept cuillerées à bouche de bouillon passèrent bien : nulles selles; caractère irritable. A huit heures du soir, pouls à 107 pulsations; état comateux; chaleur à la peau; douleur dans le côté droit; respiration plus difficile; langue rouge et sèche; visage plus coloré.

18. Pouls marquant 95. La malade avait uriné deux fois dans la nuit. Langue plus humide; respiration plus libre; disparition du point de côté; pas de soif; faiblesse très-grande. Trois bouillons dans la journée; sommeil dans l'après-midi. A six heures du soir, 87 battemens du pouls; trois évacuations; ventre souple; sécrétion urinaire parfaitement rétablie; appétit.

19. Chaleur naturelle; sédiment dans les urines, briqueté et peu abondant; langue rouge. La malade refuse de boire froid. (Suspension de tout traitement; eau rougie; deux soupes).

20. Sommeil et pouls naturels; urines abondantes; constipation depuis le 15. (Lavement simple). Le lendemain, selle tout-à-fait fécale, spontanée; convalescence franche et guérison.

Obs. II.e — *Choléra avec asphyxie presque complète; médication chloreuse triple; guérison.* — La veuve Messaget, laveuse, âgée de 38 ans, mère de quatre enfans dont elle allaitait encore le dernier, et se nourrissant mal afin de pouvoir subvenir, par son travail, à leurs besoins, avait de la diarrhée depuis le 3 juillet 1832, avait aussi éprouvé des vomissemens après un repas de lard; mais avait pu néanmoins aller le lendemain à son trav[illegible]lorsque le 15 elle fut prise des accidens suivans : s[illegible]châ-

tres, aqueuses, depuis six heures du matin jusqu'à cinq du soir, au nombre de plus de quarante; froid général; dix-sept à vingt vomissemens: yeux excavés; soif inextinguible; suppression d'urines depuis la veille au soir; crampes dans les membres inférieurs; facies cholérique; visage rapidement amaigri, d'après le rapport de ses enfans et des voisins; expression de stupeur; agitation; langue fraîche, plate et blanche; voix altérée; nez et mains froides et flétris; cris; ventre applati; nulle sensibilité à l'épigastre; pli de la peau persistant; pouls radial très-difficile à trouver; déjections alvines aqueuses, blanchâtres, avec sédiment analogue à de la fécule délayée. (Solution de deux gros d'oxyde de sodium édulcorée pour boisson; aspirations de chlore à doses croissantes, tous les quarts-d'heure; tiers de lavement avec trois gros de chlorure d'oxyde de sodium; corps chauds et sinapismes volans aux extrémités).

6. Mains froides, ratatinées; nez et langue tièdes; respiration haute et profonde, 22 respirations par minutes; nulles crampes. Dans la nuit cinq selles cholériques, fréquentes nausées, envies de vomir continuelles, soif excessive, pouls filiforme et sensible seulement par instans, yeux plus excavés, pupilles assez dilatées, nez effilé, coucher en supination, sécrétion urinaire toujours supprimée. (Continuation des aspirations chloreuses portées à 120 gouttes). Dans le reste de la journée elles furent d'une cuillerée à bouche, l'eau n'étant pas aussi saturée de chlore que je l'aurais désiré. (Même boisson à quatre gros de chlorure d'oxyde de sodium, et tiers de lavement avec demi-once du même). Ils furent plus long-temps gardés que les premiers.

Le soir, la malade était un peu mieux. Il y avait eu encore plusieurs selles blanches dans la journée et des vomissemens; elle éprouvait une profonde répugnance pour sa boisson, disant *qu'on lui faisait avaler de l'eau de javelle* et q[illegible]omissait. Pour la convaincre que cet effet

provenait de la maladie, je lui fis donner de l'eau froide qu'elle ne put également conserver. Ensuite je la fis édulcorer avec du sirop de limons, mais elle ne s'en trouva pas mieux ; en sorte que, tout-à-fait convaincue de la vérité de l'explication que je lui avais donnée, elle reprit courageusement sa dissolution de chlorure ; seulement elle exigea une potion calmante pour la nuit, par l'appréhension des souffrances de la précédente ; mais elle n'en prit que trois cuillerées à café.

7. Expression du visage plus vivace ; yeux excavés ; langue et nez chauds ; soif vive ; nulles crampes ; deux vomissemens dans la nuit. La malade affirma avoir uriné deux fois, mais en très-petite quantité. Mains chaudes ; élasticité de la peau ; nulles douleurs abdominales ; plusieurs selles blanches liquides. Les tiers de lavement sont plus longtemps gardés ; voix plus naturelle ; nulle surdité ; mouvemens plus faciles ; réaction ; pouls très-sensible. (Continuation du même traitement).

A deux heures de l'après-midi, pouls à 78 pulsations par minute. Nulles selles ni vomissemens ; hoquets avec légères nausées après avoir bu ; langue ayant de la tendance à se sécher ; somnolence. Messaget n'avait pas uriné dans la nuit. Sein droit tuméfié, tendu, douloureux. (Application à l'épigastre d'un emplâtre saupoudré de huit grains d'acétate de morphine qui arrêta les vomissemens).

8. Pouls à 62 pulsations. Deux émissions d'urine la veille dans la soirée, et plus abondantes le matin. Le liquide était jaune et assez limpide ; langue couverte d'un enduit jaunâtre et plus humide que le jour précédent ; altération moindre ; nulles envies de vomir ; seulement quelques aigreurs et éructations ; yeux beaucoup moins excavés ; facies presque naturel, ainsi que la respiration ; nulles coliques, ni diarrhée ; bon sommeil. (Boisson avec le chlorure d'oxyde de sodium, à un gros seulement ; aspirations à 90 gouttes toutes les heures).

9. Pouls à 64 battemens. La malade a uriné deux fois; nulle céphalalgie, ni hoquets, seulement excessive faiblesse; insomnie. Trois bouillons furent donnés dans la journée et bien supportés. Selle verdâtre et molle dans la soirée. (Suppression de tout traitement chloreux).

10. Sommeil parfait dans la nuit; selle encore liquide; visage coloré; yeux vifs et à peine excavés; nulle expression de stupeur; urines abondantes; soif toujours assez vive. (Une soupe; deux bouillons).

11. La convalescente qui, au lieu de ne prendre qu'un léger potage en avait mangé trois, malgré ma défense, fut reprise de vomissemens sans fièvre ni diarrhée. (Diète; eau édulcorée avec le sirop de groseilles). Le reste de la journée se passa bien. Les suivans, j'augmentai graduellement les alimens, et cette femme guérit, après avoir été obligée de lutter péniblement contre la tendance qu'elle avait à vouloir augmenter trop rapidement la quantité de ses vivres, dans l'idée fausse où elle était qu'en agissant ainsi elle récupérerait plus promptement ses forces.

Obs. III.e—*Choléra; traitement par le chlore; mort le huitième jour dans la période de réaction.* Remmil, jeune fille, âgée de dix-huit ans, accouchée depuis quinze à vingt jours, demeurant rue de Lille, et vaquant à ses occupations, quoique atteinte d'une légère gastrite, fut prise dans la nuit du 10 août 1834, du choléra qui fut caractérisé par la suppression des urines, l'excavation des yeux avec cercles plombés, un amaigrissement rapide, le refroidissement général, les crampes les plus intenses, des évacuations ressemblant à de l'eau de riz trouble et sale, et des vomissemens de même nature, le facies cholérique, la largeur et la fraîcheur de la langue. (Aspirations très-fréquentes de chlore, à l'aide de l'appareil de Gannal modifié; chlorure d'oxyde de sodium à la dose d'un gros en boisson; lavemens par tiers avec trois gros du même médicame[illegible]ur douze onces d'eau). Les vomissemens et la

diarrhée persistent de même que le froid général ; pouls à peine sensible aux deux bras..

11. Je pus compter avec beaucoup de peine 80 pulsations par minute. Expression cholérique du visage ; évacuations toujours fréquentes ; soif inextinguible ; crampes ; suppression d'urines. (Aspirations chloreuses à 30 gouttes : le reste de la même manière, excepté qu'on porta la dose du sodium à demi-once pour le clystère).

12. Matières liquides rendues par en bas, ayant pour la première fois une légère teinte bilieuse. La malade a uriné, mais en petite quantité, un fluide trouble à sédiment blanchâtre. La veille au soir, les matières vomies avaient également commencé à être colorées en jaune. Mains toujours glacées ; doigts flétris ; pouls filiforme ; langue plus froide que la veille, mais d'un rouge vif et piquetée à la pointe ; vomissemens ; sensibilité et douleur à l'épigastre ; altération toujours aussi vive. (Cataplasmes anodynés sur le creux de l'estomac : la malade se refuse d'une manière absolue à continuer le traitement chloreux. Eau avec le sirop de gomme ; lavement narcotique. Continuelle torpeur : tendance des yeux à se convulser en haut ; dysphagie.

Un emplâtre épigastrique, appliqué la veille au soir à l'épigastre, avait produit une forte vésication. Vomissemens bilieux peu abondans ; douze selles verdâtres, mais encore liquides ; yeux toujours excavés et plombés. (Application de six sangsues à la partie supérieure et externe de chaque cuisse). Nulle diminution dans les accidens cérébraux.

15. Coucher en supination ; même état comateux ; insensibilité ; yeux fixes ; pupilles dilatées ; conjonctives très-injectées ; expression de stupeur : dans la nuit, agitation extrême, cris fréquens. (Application d'un nouveau vésicatoire à une jambe). Une vessie au tiers, pleine d'eau froide, qui avait été maintenue sur la tête, n'avait produit aucun effet.

16. Même état désespéré ; l'épispatique avait à peine

provoqué une vésication. Plus de selles ni de vomissemens depuis deux jours; la malade sembla à peine s'apercevoir de la levée de l'épiderme. Elle mourut le 17 à sept heures du matin, ou le huitième jour de l'invasion de la maladie. Elle avait été la seule jusqu'alors qui eut atteint la seconde période, la plupart ayant été enlevées dans la période algide, en 5, 11, 17 et 24 heures.

Obs. IV.e — *Choléra. Traitement par le chlore; réaction; mort durant celle-ci.*—Anne Lode, âgée de 39 ans, fut prise de choléra le 27 avril 1834, à deux heures du matin, et transportée à onze à l'hôpital Saint-Yves. Depuis sept à huit jours elle avait eu de la diarrhée.

Facies cholérique; langue froide; crampes; suppression d'urines; pouls sensible seulement au bras gauche; toux assez fréquente. Cette malade fut soumise au traitement par le chlore qu'elle commença à respirer tous les quarts-d'heure, d'abord à 10 gouttes qui furent portées à 80. Dissolution de trois gros de chlorure d'oxyde de sodium par pinte d'eau pour boisson; tiers de lavement avec le même remède, à la dose d'une demi-once. Le soir, pouls sensible aux deux bras; chaleur revenue; selles toujours cholériques; vomissement.

Le lendemain, réaction vers le milieu de la journée; état comateux; yeux convulsés en haut; toux qui oblige à diminuer la dose du chlore, puis à le suspendre complètement, la malade se refusant à le continuer. Assoupissement plus marqué, malgré l'application de sinapismes aux extrémités inférieures, et sur la tête, d'une vessie au tiers pleine d'eau froide, et l'apposition de six sangsues derrière et au-dessous de chaque oreille, qui saignèrent abondamment. Mort le même jour à midi.

Autopsie cadavérique faite 24 heures après la mort. — Cadavre d'une femme fortement constituée; nul amaigrissement; yeux peu excavés; pupilles dilatées; roideur générale.

Crâne. —Dure-mère peu injectée ; cerveau ferme ; pas de sérosité dans les ventricules ; substance blanche peu sablée ; cervelet normal.

Thorax. —Muqueuse bronchique rouge au dessous de la bifurcation, et recouverte de mucosités légèrement sanguinolentes et spumeuses. Partie postérieure des lobes inférieur et moyen du poumon gauche atteinte d'hépatisation rouge (Pneumonie au second degré). Le reste de l'organe, rouge, infiltré de sérosité trouble et sanguinolente. Poumon droit sain, mais plus humide que chez la plupart des cholériques. Il s'écoulait des vaisseaux, lorsqu'on les incisait, un sang noir, liquide, visqueux.

Le péricarde contenait un peu de sérosité. Cœur bien proportionné, renfermant du sang analogue au précédent ; parois du ventricule gauche fermes.

Abdomen. — Surface intestinale injectée et rosée çà et là ; intestins peu distendus ; face externe de l'estomac tapissée d'une mucosité blanchâtre, rosée ou même rouge ; celle du duodénum rouge et piquetée au-dessous de l'orifice pylorique. Le jéjunum était enduit intérieurement d'un mucus jaunâtre presque pulpeux. Les saillies valvulaires étaient plus colorées que leurs intervalles; membrane muqueuse de l'iléon injectée finement et inégalement, par suite d'une stase sanguine dans son réseau capillaire, et recouverte d'une matière verdâtre adhérente ; les gros intestins en renfermaient une plus liquide et d'un jaune légèrement verdâtre; leur surface interne saine; rougeur prononcée vers le rectum.

Foie naturel; vésicule distendue par une bile jaune-verdâtre. Rate flétrie, d'un bon volume, d'un tissu aussi ferme que celui des reins, et presqu'exsangue. Ces derniers organes étaient peu injectés, leurs deux substances confondues. La vessie était contractée et effacée derrière le pubis. Sa cavité contenait une cuillerée à café d'une urine trouble et blanchâtre.

OBS. V.e — *Choléra intense ; médication chloreuse triple ; émission sanguine dans la période de réaction ; guérison.* — Mathurin Guiton, ouvrier maçon, âgé de 21 ans, ayant la diarrhée depuis trois jours, fut atteint le 22 septembre 1834, de vomissemens, de selles plus nombreuses, sans crampes ni autres symptômes graves d'abord. Une heure après, froid glacial, facies cholérique, déjections de même apparence, pouls effacé, crampes. (Traitement chloreux triple; les aspirations sont portées à 38 gouttes tous les quarts-d'heure; pour boisson, solution d'un gros de chlorure d'oxyde de sodium; tiers de lavement avec une once du même médicament; corps chauds et sinapismes aux extrémités inférieures).

23. Yeux excavés, plombés : voix profondément altérée; cyanose, absence du pouls aux deux bras; soif intense; suppression d'urine depuis l'époque de l'invasion; vomissemens moins fréquens, ainsi que les évacuations alvines; plaintes par suite d'une vive douleur au côté droit. On fait appliquer sur ce point douze sangsues dont les piqûres ne saignent nullement. (Même traitement chloreux). A deux heures de l'après-midi commencement de réaction; pouls sensible; cyanose moindre; voix moins changée; douleurs vives à l'épigastre qu'on combat par l'application des épispastiques, celles du côté presque nulles. Instances du malade pour qu'on lui accorde du cidre ou de l'eau. Je souscrivis à quelques cuillerées de cette dernière. Mains toujours froides; langue un peu moins blanche, large et plate. Je ne laissai produire qu'un effet rubéfiant à l'emplâtre.

24. Pouls donnant 68 pulsations par minute; chaleur générale; tendance à l'assoupissement; langue muqueuse, humide; quelques vomissemens rares; selles liquides, jaunes, évidemment bilieuses. Je fis éloigner les aspirations chloreuses qu'on maintint à vingt gouttes. Le soir, application de vingt sangsues à l'anus; leurs piqûres saignèrent abondamment; un seul vomissement dans la nuit.

25. Pouls plein et à 70 pulsations. Le malade avait uriné deux fois dans la nuit. Pour la première fois le liquide était jaune, à sédiment blanchâtre et muqueux; soif moindre nul désir d'alimens; facies plus naturel, mais voix toujours altérée et comme discordante. Tendance des yeux à se porter en haut; assoupissement. (Application sur la tête d'une vessie au tiers pleine d'eau froide; eau chlorurée et chlore aspiré; suppression des tiers de clystère).

26. La réfrigération de la tête avait été entretenue toute la nuit. Les vésicules, pleines de sérosité produite aux jambes par l'action trop prolongée des sinapismes, furent percées et pansées avec du papier Joseph cératé. Pouls à 80 pulsations et fort; céphalalgie; visage coloré. Même tendance au coma; les vomissemens ont cessé : deux selles jaunes. Le malade rendit deux fois abondamment des urines plus claires, jaunes, à sédiment blanchâtre moindre. (Eau chlorurée édulcorée avec le sirop de limons; saignée de 14 onces). Le sang était noir, épais, visqueux, ne s'élançait pas par jets, malgré la large ouverture de la veine.

27. Mieux marqué; suppression de la dissolution chloreuse. (Eau pure et gazeuse alternées; deux bouillons). Nulles selles dans les 24 heures; convalescence; voix encore enrouée.

28. Nulle altération. (Deux soupes). Le malade commence à se lever, et la guérison ne tarda pas à être complète.

Obs. VI.e — *Choléra-morbus; traitement chloreux mixte; mort dans la réaction.* — La veuve Urot, âgée de 46 ans, demeurant dans un cul-de-sac humide de la rue Saint-Germain, où un assez grand nombre de cholériques avaient déjà succombé, fut prise de la maladie épidémique dans la nuit du 16 septembre 1834, et visitée par moi à six heures du matin. J'observai les symptômes suivans : facies cholérique; légère teinte asphyxique; yeux peu excavés, mais cernés et plombés; voix très-altérée; pouls encore sensible, peau chaude; selles et vomissemens

caractéristiques. (Potion avec trois-quarts de grain d'acétate de morphine). A onze heures, corps chauds aux pieds; aggravation des accidens; crampes; suppression d'urine depuis la nuit; diarrhée moindre, mais vomissemens plus fréquens. Pouls s'effaçant; froid des mains et de la langue; respiration difficile; oppression. Je fis cesser la précédente médication et y substituer celle de chlorure triple. Légère réaction vers le soir.

18. Pouls donnant 110 pulsations par minute. Conjonctives injectées; teinte bleuâtre du visage; respiration lente; plainte d'étouffemens; voix soufflée; tendance des yeux à se porter en haut; hoquet fréquent. La malade respirait difficilement le chlore. On réduisit les doses à vingt gouttes, et on éloigna les aspirations. (Solution de chlorure d'oxyde de sodium et tiers de lavement de même nature). Les selles s'arrêtèrent, mais les vomissemens continuèrent. Dans l'après-midi, le refroidissement recommença, la réaction imparfaite qui était survenue ne s'étant pas soutenue. Pouls filiforme. (Même traitement).

19. Désir de boissons chaudes; orthopnée; dysphagie; même état comateux; teinte asphyxique; pouls à peine sensible; hoquet de temps en temps; refus de respirer le chlore qui l'oppresse, ce qui l'obligea à le suspendre. (Solution de chlorure d'oxyde de sodium continuée et alternée avec une solution de fleurs de violettes et de menthe poivrée; emplâtre épispastique à l'épigastre; corps chauds aux extrémités inférieures).

20. Froid persistant; teinte violacée de la peau; respiration lente; pouls insensible. La malade expira le 21.

L'autopsie cadavérique ne put être faite. Peut-être, comme dans l'observation quatrième, eût-elle expliqué la cause de l'oppression et de la difficulté à supporter les aspirations chloreuses?

La même médication fut essayée, à ma sollicitation, à l'hôpital Saint-Yves, sur onze malades, y compris la femme

Lodé dont j'ai rapporté l'histoire ci-dessus : sur ces malades quatre furent amenés mourans et se refusèrent à respirer le chlore après en avoir fait quelques inspirations seulement, en sorte qu'ils doivent en être retranchés. Des sept autres atteints en général de choléra grave, reçus presque tous durant le mois d'août, époque la plus meurtrière de l'épidémie, quelques-uns seulement ayant été admis dans les premiers jours de septembre, trois guérirent et quatre moururent. Si l'on y ajoute les cholériques traités en ville, au nombre de cinq, par la même méthode, sur lesquels trois seulement furent sauvés et deux seulement succombèrent dans la période de réaction, on voit que, sur la totalité dont le chiffre s'éleva à douze, six ou la moitié furent guéris durant la phase d'intensité la plus forte de la maladie, résultat que les autres méthodes thérapeutiques n'auraient le plus souvent pas donné pendant celle-ci, puisque la plupart du temps on observa alors une perte des deux tiers par n'importe laquelle d'entr'elles.

Je sais bien que les faits que je relate sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en inférer rigoureusement une supériorité marquée sur les autres moyens. Mais ils sont de nature à engager au moins les praticiens à les multiplier pour les rendre plus concluans, si les circonstances attristantes qui y ont donné lieu venaient malheureusement à se reproduire.

Quant aux objections qu'on a soulevées contre les inconvéniens du chlore aspiré, sous le rapport des irritations bronchiques qu'il aurait provoquées chez plusieurs cholériques, et dont on aurait retrouvé des traces à l'autopsie des cadavres de quelques-uns, j'avoue qu'elles ne peuvent avoir que peu de valeur pour moi qui, depuis trois ans, ne traite à la maison centrale de détention de Rennes toutes les bronchites, qu'elles soient aiguës ou chroniques, que par les aspirations chloreuses progressivement augmentées, sans avoir remarqué le plus communément les mauvais

effets qu'on leur a reprochés, pas plus que je ne leur en ai vu produire chez le grand nombre de phthisiques que depuis sept années j'ai si souvent soumis à la même médication. J'ajouterai que dans l'épidémie de choléra de 1832, il nous arriva souvent de rencontrer tous les caractères anatomiques de bronchites, tant aiguës que chroniques, chez beaucoup de cholériques qui n'avaient nullement fait usage du chlore. Certes, il eut été alors tout aussi peu logique de les attribuer aux autres traitemens essayés. L'injection et la coloration de la muqueuse bronchique dépendaient probablement, dans ces cas, d'une stase sanguine analogue à celle qui colore d'une manière si intense celle des intestins.

L'observation faite par M. Pinault, chirurgien à l'hôpital Saint-Yves, qui a vu l'usage du chlore donné par une triple voie amener ou déterminer plus promptement la réaction dans le choléra, ajoute encore à l'intérêt de cette médication, puisque le plus grand danger réside dans la persistance et la prolongation de la période algide. Je remarquerai, toutefois, que chez la moitié au moins des cholériques soumis dans cet hospice au traitement chloreux, on y adjoignit d'autres moyens, tels que saignées ou sangsues, révulsifs fixes ou selon la méthode de Petit, et qu'alors on suspendait la première; tandis que lorsqu'elle avait été exclusive on avait compté chez les premiers trois guérisons.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Des émotions de l'ame considérées comme cause de maladies et comme moyen thérapeutique; *par le docteur Scott.* — Obs. 1.re — *Affection convulsive produite par une frayeur.* — Un garçon, âgé de dix ans, fut apporté chez lui dans un état d'insensibilité complète.

Je le vis quelque temps après. Le visage, les mains et les bras étaient livides, la peau froide, le pouls à peine perceptible; le cœur battait très-faiblement; les membres inférieurs étaient le siége, par intervalles, de légers mouvemens convulsifs. On l'avait trouvé dans cet état, atteint de vomissemens. Une veine du bras fut ouverte; il en sortit quelques gouttes d'un sang très-noir; les jambes et le corps furent réchauffés, et l'on provoqua des vomissemens. Alors le sang coula du bras avec plus de force, et le petit malade parut se ranimer. Il y eut encore de légères convulsions, mais au bout de deux heures il était dans un état satisfaisant. Dans la nuit, il eut encore plusieurs convulsions. Le lendemain matin il était presque entièrement guéri, et n'accusait qu'un peu de mal de tête. Cet enfant avait été poursuivi par un garçon boucher qui, armé d'un couteau, l'avait menacé de le tuer; à l'instant même il était tombé sans connaissance. Jamais auparavant il n'avait éprouvé rien de semblable.

Obs. II.e — *Méningite mortelle causée par la peur.* — Une petite fille âgée de huit ans, se présenta au dispensaire le samedi 31 avril 1827. Le jeudi soir, elle avait eu peur, et avait été prise d'un violent frisson. Pendant la nuit, son sommeil avait été troublé par une vive douleur à la tête. Le vendredi on s'aperçut qu'elle voyait et qu'elle entendait moins bien.

Le samedi, à une heure après midi, elle était dans l'état suivant: gémissemens de temps en temps; plusieurs frissons légers; insensibilité apparente; réponses nulles; yeux brillans; pupilles modérément contractées et sensibles à la lumière, bien que les paupières ne se fermassent point à l'approche du doigt; expression des traits naturelle; pouls fréquent et irrégulier; elle portait sa main vers sa tête comme pour écarter quelque chose qui l'incommodait; à de courts intervalles elle éprouvait un léger frissonnement ou contraction musculaire rapide de tout le corps, accompagné par un gémissement; parfois elle restait dans un repos complet; trismus; chaleur de la peau modérée; tête très-chaude offrant quelques battemens artériels très-considérables; pas de selles au commencement de l'attaque. (Calomel et lavement avec la térébenthine, toutes les trois heures; saignée de bras de quelques onces; douze sangsues à la tête). Le dimanche, traits déprimés; ailes du nez distendues; agitation; frissons généraux, ressemblant à de légères convulsions; yeux ternes; pupilles non dilatées et complètement insensibles à la lumière; pouls remarquablement fréquent et faible; battemens artériels très forts aux tempes et sur le front. Le calomel avait produit plusieurs selles abondantes. (Vésicatoire à la nuque; applications froides sur la tête rasée; continuer le calomel et les lavemens). Elle fut prise de convulsions violentes, et mourut le lundi à cinq heures du matin.

Autopsie 29 heures après la mort. — Visage calme; mâchoires for-

tement rapprochées ; pupilles modérément contractées ; un peu d'écume aux angles de la bouche ; tête volumineuse ; veines superficielles très-larges ; crâne extraordinairement sec et privé de sang. La dure-mère paraissait saine à l'extérieur. Sa surface interne était très-rouge en avant et en haut. Cette rougeur se présentait sous forme d'arborisations et de pointillés. Lorsqu'on eût enlevé cette membrane, toute la surface convexe du cerveau parut recouverte d'une couche de matière purulente légèrement jaune : cet aspect était dû à une couche solide de lymphe déposée au-dessous de l'arachnoïde. Celle-ci était extrêmement sèche, présentant son état exsangue habituel, et laissant apercevoir la lymphe jaunâtre à travers son tissu. L'arachnoïde, la couche de lymphe et la pie-mère pouvaient être séparées facilement du cerveau qui, dans quelques petites places, était ramollie. Dans d'autres endroits il était recouvert de petites taches rouges très-nombreuses. La couche de lymphe n'était pas seulement répandue sur la surface du cerveau, mais elle pénétrait encore entre les circonvolutions, et provenait évidemment de la pie-mère qui offrait une quantité innombrable de vaisseaux. Les membranes de la base du cerveau, bien que plus rouges qu'à l'ordinaire, n'offraient point de lymphe, excepté autour des nerfs optiques. Les plexus choroïdes étaient gorgés de sang. Le cerveau lui-même, à l'exception des parties ramollies indiquées ci-dessus, était sain. Il y avait très-peu de sérosité dans les ventricules. Une quantité considérable de sérosité laiteuse s'écoula du canal rachidien.

Obs. III.e — *Chorée produite par la peur.*—Miss B., âgée de 13 ans, mince et d'un tempérament nerveux, rentra chez elle dans un état d'agitation très-vive, causée par la frayeur qu'elle avait éprouvée dans la rue, d'une querelle entre deux jeunes garçons. Dans la soirée on remarqua que son bras gauche était agité par un mouvement involontaire qui augmenta tellement en peu de jours, qu'il lui fut impossible de rien prendre avec la main gauche, ni de porter cette main à la tête. Les déjections alvines étaient noires et très-fétides. On administra des laxatifs assez fréquemment. On suspendit ses études, et on lui prescrivit l'exercice en plein air. On fit des frictions opiacées le long de l'épine, et le corps fut épongé avec un mélange d'eau et de vinaigre. Cependant la maladie fit des progrès, et au bout de dix jours on remarqua que la jeune fille traînait sa jambe en marchant. On persévéra dans l'emploi des purgatifs. La tête et le col furent aussi affectés. A cette époque, le visage prit un aspect meilleur ; la malade se sentit mieux ; mais l'affection était plutôt augmentée que diminuée. On employa le sulfate de quinine et ensuite l'oxyde de zinc. Mais ce dernier médicament, après deux ou trois doses, produisit toujours un malaise particulier qui le faisait reconnaître à la malade lors même qu'il était masqué par d'autres substances. On essaya plu-

sieurs autres médicamens; on en vint à la solution arsénicale qui fut donnée à la dose de quatre gouttes, trois fois par jour. En même temps la malade fut envoyée aux bains de mer; mais ces bains augmentèrent constamment les mouvemens spasmodiques. On les remplaça donc par des affusions froides. Au bout de trois semaines, la malade était presque guérie; les mouvemens irréguliers de la jambe avaient entièrement cessé, et ils avaient diminué d'intensité dans le membre supérieur. La solution arsénicale ne produisit aucun effet fâcheux. L'appétit et les forces augmentèrent sous son influence, et elle fut continuée quelque temps après la disparition complète de la maladie.

Obs. IV.e — *Epilepsie prévenue par la peur.* — F. G., âgée de 8 ans, était sujette depuis un an à des attaques qui étaient considérées comme épileptiques. Dans le commencement elles revenaient à de longs intervalles; mais elles étaient devenues progressivement très-fréquentes. Elles se renouvellaient à la fin trois ou quatre fois par jour. La tête était volumineuse; les veines des tempes et du front étaient extraordinairement distendues. Emaciation considérable; abdomen tuméfié; peau rude, sèche, écailleuse; appétit irrégulier. Plusieurs médecins avaient été consultés, mais la persistance de la maladie fit croire qu'elle dépendait d'une altération organique du cerveau. Divers traitemens ayant échoué complètement, on annonça à la jeune malade qu'au premier accès on aurait recours à un fer chaud appliqué à la plante des pieds. Depuis ce moment, les accès ne se renouvellèrent plus. Dans ce cas, il n'y avait évidemment pas altération cérébrale, puisque la maladie fut guérie uniquement par la terreur d'un traitement violent. (*The Edinb. med. and surg. Journal*, avril 1835).

Manie guérie par le développement d'un abcès a l'anus; *par le docteur P. Portal, chirurgien en chef du grand hôpital de Palerme.* — Matteo Agalbato, âgé de 33 ans, de tempérament bilieux, de constitution robuste, était retenu pour manie à l'hôpital royal des fous, de Palerme. Le 19 décembre 1834, je fus appelé auprès de lui pour une énorme tumeur phlegmoneuse qui occupait la fesse gauche et s'étendait jusqu'à l'anus. Cette tumeur ayant suppuré, elle fut ouverte par l'instrument tranchant, et il en sortit une grande quantité d'un pus très-fétide. La plaie fut pansée avec du cérat de Galien et des cataplasmes émolliens; mais la gangrène s'y étant développée on la pansa avec de l'onguent styrax, des topiques fortifians, et à l'intérieur la limonade tartarisée fut prescrite.

Pendant la suppuration de la plaie, le malade ne fut point pris des accès de manie qui auparavant étaient très-fréquens; au contraire, il paraissait revenir à la raison. Lorsque l'escarre gangréneuse fut séparée, la plaie fut pansée avec le digestif simple; mais il s'écoula une grande quantité de pus de la partie supérieure de la plaie où il

existait une fistule stercorale que j'opérai promptement; la plaie qui en résulta fut traitée d'après la méthode ordinaire. A mesure que la plaie marchait vers la cicatrisation, les facultés intellectuelles du malade s'amélioraient. La fistule fut guérie en quarante-cinq jours, et le malade sortit parfaitement guéri le 2 mars 1835. (*Il Filiatre sebezio*, mai 1835).

Maladie particulière de la dure-mère et des os du crane; *par le docteur Balfour*. — Je fus appelé le 4 octobre 1834, auprès d'un jeune homme de 18 ans, qui, d'après le récit de ses amis, était atteint de surdité depuis plusieurs mois. On avait considéré d'abord cette surdité comme la principale maladie; mais on ne tarda pas à reconnaître que ce n'était qu'un symptôme lié à une maladie profondément située.

Le malade était grand et amaigri; son visage était pâle; il semblait être de constitution scrofuleuse. Il accusait une douleur de tête parfois très-insense, accompagnée de vertiges, de bourdonnemens d'oreilles, et de battemens dans la tête. La douleur occupait souvent toute la tête; mais le plus ordinairement elle était fixée en arrière. Crâne large et bien développé, n'offrant aucune déformation; sentiment de pesanteur dans la tête, qui souvent devenait extrêmement pénible dans la position horizontale; écoulement peu abondant par l'oreille droite, qui offre un peu d'érosion; pouls 120, faisant percevoir un battement dur, tout particulier; langue très-chargée; température de la peau très-élevée, surtout à la tête; appétit assez bon; soif très-vive; constipation habituelle; souvent les selles n'avaient lieu que tous les huit jours; douleurs considérées comme rhumatismales, dans les articulations des genoux, des hanches et des épaules. Affaiblissement des forces ne permettant aucun exercice un peu fort.

Dès sa plus tendre enfance, ce jeune homme avait été très-sérieux. Il avait considérablement grandi dans ses dernières années, et sa taille s'élevait beaucoup au-dessus de celle des jeunes gens de son âge. Ses progrès avaient été très-rapides dans les langues anciennes et modernes, et dans les mathématiques. Ses facultés intellectuelles avaient toujours été très-actives et très-développées. Il y a trois ans, il eut une maladie de poitrine qui fut guérie sous l'influence d'un traitement antiphlogistique. Depuis ce temps, il a été sujet à des maux de tête qui ne se sont montrés avec intensité que depuis quelques semaines. Pour calmer cette douleur et se procurer du sommeil il a fait usage de laudanum à haute dose. Sa surdité a commencé en août dernier, à la suite de l'exposition au froid et à l'humidité, et n'a cessé de faire des progrès depuis cette époque.

L'état du malade ne s'améliora point. La douleur de tête s'annonçait souvent par une expression toute particulière du visage, par la

contraction des muscles frontaux, et par des soupirs involontaires. Lorsque la douleur de tête se faisait sentir, le malade semblait mal à son aise dans toutes les attitudes, et cherchait du soulagement tantôt en marchant dans la chambre, tantôt en s'asseyant, tantôt en prenant une position horizontale. Quand il marchait, la sensation de pesanteur qu'il éprouvait dans la tête lui était extrêmement pénible. Le pouls était très-fréquent; la langue blanche; la peau chaude. L'écoulement des oreilles persista; le malade éprouvait une sensation d'engourdissement au périné et autour de l'anus : l'urine ne s'écoulait que très-difficilement.

Le traitement consista principalement dans des applications de sangsues derrière les oreilles, des vésicatoires sur la tête et à la nuque, des purgatifs, etc., etc.

Peu-à-peu les yeux devinrent proéminens; les conjonctives devinrent le siége d'une injection considérable; la membrane muqueuse qui tapisse les paupières se tuméfia et devint œdémateuse; il y eut aussi strabisme et diplopie.

Le 1.er novembre, le malade était dans l'état suivant : point de céphalalgie; yeux très-saillans; conjonctives palpébrales très-tuméfiées; vision très-altérée; langue blanche; pouls de 120 à 130, irrégulier; tremblemens nerveux qui agitent surtout la tête et le tronc; intégrité des facultés intellectuelles. Le 2 novembre, engourdissement de tout le côté gauche du corps, avec nausées, vomissemens, douleur au creux de l'estomac et gêne de la respiration. En examinant la tête avec soin, je remarquai une saillie anormale à la partie supérieure des os frontal et pariétaux, communiquant au doigt une sensation d'élasticité, comme si les sutures étaient cartilagineuses. La pression sur cette tuméfaction causait peu de douleur. Je découvris en outre une tumeur dure, située derrière chaque œil, immédiatement au-dessous du rebord sourcilier; la pression sur ces tumeurs était peu douloureuse. Depuis ce moment, le malade cessa de pouvoir s'asseoir sur son lit. Trois ou quatre jours après, les yeux devinrent tellement saillans, que les paupières pouvaient à peine les recouvrir. Le 8 novembre, l'œil droit ne voyait plus; bientôt il devint opaque et s'affaissa. Deux ou trois jours plus tard, il en arriva autant pour l'œil gauche. La conjonctive palpébrale tuméfiée et déplacée formait un anneau épais autour de chaque œil. En même temps, les tumeurs indiquées augmentèrent de volume, et il se forma en différentes parties du crâne, de petites tumeurs de la même nature. Il se forma aussi plusieurs abcès sur le col, et l'une des tumeurs situées à la partie postérieure de la tête donna issue à une matière verdâtre. Cependant les yeux furent presque entièrement chassés de leurs orbites. Les tumeurs du crâne grossirent et se multiplièrent. Le malade fut tourmenté par des songes effrayans, et sou-

vent réveillé au milieu d'une grande agitation. Il répondait très-distinctement et avait beaucoup de suite dans ses idées. Il demandait quelquefois des alimens . et semblait les manger avec plaisir. Jusqu'au jour qui précéda sa mort , il prévint sa garde toutes les fois qu'il avait besoin d'aller à la garde-robe ou d'uriner. Vers le 23 novembre , agitation extrême, rêves effrayans, parfois état de calme pendant lequel le pouls devenait petit, faible, irrégulier, et les extrémités froides : il répondait encore raisonnablement ; mais sa parole était moins distincte et sa surdité était extrême. La respiration s'embarrassa , et il mourut le 25 à neuf heures du matin.

Inspection cadavérique 28 heures après la mort. — En enlevant les tégumens du crâne, on trouva une masse volumineuse de matière de couleur vert-olive, offrant dans quelques endroits un pouce d'épaisseur, et large d'un pouce et demi, recouvrant la suture sagittale et une partie des pariétaux de chaque côté, et s'étendant depuis le coronal jusqu'à la partie supérieure de la suture lambdoïde. Cette substance verte avait la consistance du cartilage ; sa surface de section était verte et polie. Elle était intimement unie à la table externe du crâne. Des plaques de même substance étaient situées en divers points des pariétaux et de l'occipital ; on en trouva une masse assez considérable au-dessous du muscle temporal droit et adhérente à l'os sous-jacent. A la surface interne de la voûte du crâne, surtout à la partie supérieure, au-dessus du sinus longitudinal, on trouva dans divers points des couches minces de la même substance verte, offrant quelques taches sanguines ; dans les points correspondans, la substance osseuse était manifestement corrodée et réduite à un tissu celluleux ; dans trois ou quatre endroits, le crâne était si mince qu'il était transparent. Sur la surface convexe de la dure-mère était déposée une masse assez volumineuse de substance verte, et plusieurs tumeurs arrondies de même nature étaient répandues çà et là. La surface interne de la même membrane était parsemée de corps semblables que recouvrait le feuillet externe de l'arachnoïde. A la partie postérieure et droite de la dure-mère, il y avait une large tache sanguine entourée de plusieurs taches semblables, mais plus petites. On trouva encore des masses de substance verte en dehors de la dure-mère, auprès de la portion pierreuse du temporal, sur le sphénoïde, et dans d'autres parties de la base du crâne, ainsi qu'au point de réunion de la faulx et de la tente du cervelet et sous le cervelet lui-même. Auprès de l'apophyse crista-galli, la portion orbitaire du frontal était transparente et tellement ramollie qu'elle se perforait très-facilement.

Il y avait un peu de sérosité sous l'arachnoïde et dans les ventricules. La substance cérébrale était ferme et saine.

Les deux cavités orbitaires étaient presque entièrement remplies

par de la substance verte solidement attachée à l'os frontal et sans communication avec l'intérieur du crâne. Les nerfs optiques étaient sains dans leur portion intrà-crânienne ; mais dans le point où ils pénétraient à travers la matière verte, ils étaient alongés et atrophiés.

Les autres cavités ne furent point examinées.

Plusieurs membres de la même famille sont morts phthisiques ou ont été emportés par des maladies de la tête. (*The Edinb. med. and surg. Journal*, avril 1835).

Diathèse hémorrhagique chez plusieurs membres d'une même famille ; *par le docteur Jonathan Osborne.* — John Gamble, âgé de 13 ans, entra à l'hôpital de Sir Patrick Dun, pour une inflammation de l'articulation scapulo-humérale gauche. On prescrivit l'application de deux sangsues. Ces sangsues furent placées le soir même, et l'on eut beaucoup de peine à arrêter le sang. Le lendemain matin on s'aperçut que l'écoulement avait repris, et qu'il persistait encore. Malgré l'emploi de tous les moyens connus, l'hémorrhagie dura pendant trois jours. Cet enfant avait eu peu de temps auparavant une épistaxis qui avait causé des craintes. Il a perdu deux frères d'hémorrhagie.

L'aîné, âgé de neuf ans, étant atteint d'une affection du genou, se présenta à l'un des hôpitaux de cette ville, où l'on plaça des ventouses scarifiées sur le genou malade. Lorsqu'on eut obtenu une quantité convenable de sang, on entoura le genou d'une bande et l'enfant retourna chez lui. Il était à peine de retour que l'hémorrhagie se renouvela et devint si abondante qu'on envoya réclamer l'assistance d'un chirurgien de l'hôpital. Il fut répondu qu'on pouvait laisser couler le sang, et que la seule chose à craindre c'est qu'il n'en coulât pas assez. Au bout de quelque temps, l'affaiblissement rapide de l'enfant alarma ses parens. On eut recours de nouveau aux hommes de l'art, mais tous les soins furent inutiles, l'enfant mourut le lendemain.

Le plus jeune, âgé de six ans, se heurta la tempe contre l'angle d'une table. Il en résulta une hémorrhagie qui, malgré les efforts de plusieurs médecins recommandables, ne put être arrêtée. L'enfant mourut le lendemain.

John Gamble est blond et d'un teint frais : le sang qui s'écoula par les piqûres des sangsues ne se coagula pas ; mais on ne put constater si cette diathèse hémorrhagique reconnaissait pour cause cette circonstance, ou si l'on devait l'attribuer à ce que les capillaires veineux et artériels ouverts par les sangsues, restaient béans, leurs parois ne s'affaissant point et ne se mettant point au contact, comme cela a lieu ordinairement.

Une sœur de ces enfans est mariée et est accouchée sans hémorrhagie dangereuse. (*Dublin Journal*, N.° 19).

Anévrysme développé a l'origine de chacune des artères sous-clavières; *obs. par le docteur Alison.* — Le cas suivant était surtout caractérisé par des accès de dyspnée intense, et par le bruit aigu (*crowing sound*) que produisait l'inspiration. L'autopsie cadavérique fit voir le nerf récurrent élargi et aplati par suite de la pression de la tumeur anévrysmale. Il est probable que ce rameau nerveux ne pouvait plus remplir ses fonctions, et que conséquemment les cartilages arythénoïdes ne pouvaient plus être écartés sous l'influence de la volonté, de sorte que les muscles constricteurs de la glotte n'avaient plus d'antagonistes lorsqu'ils étaient affectés de spasme.

Le malade était un homme de moyen âge, qui se fit traiter au dispensaire pour une dysphagie accompagnée de palpitations, de violentes quintes de toux, pendant lesquelles l'inspiration était sifflante et difficile, et le visage se tuméfiait et devenait livide. Le malade éprouvait aussi très-fréquemment une vive douleur qui se propageait le long de la partie gauche du col jusqu'à l'occiput. On reconnut une hypertrophie du cœur, et bientôt après on remarqua sous la partie supérieure du sternum et entre les cartilages de quelques-unes des côtes supérieures du côté gauche, des battemens tellement évidens qu'on ne pouvait pas douter qu'il n'y eût un anévrysme de l'aorte ascendante ou de l'un des gros troncs qui en partent. La saignée put seule procurer de temps en temps quelque soulagement.

Après avoir été pendant un an dans cet état, le malade eut une attaque d'apoplexie qui fut suivie d'une hémiplégie complète et de cette modification de la mémoire où le souvenir des mots manque presque entièrement, bien que le souvenir des choses et le raisonnement restent dans un état à-peu-près sain. Après cette attaque et les émissions sanguines qu'elle nécessita, il y eut une amélioration remarquable des anciens symptômes. Les battemens indiqués ci-dessus devinrent moins sensibles, la toux et la dyspnée se montrèrent à de plus longs intervalles et avec moins d'intensité; la dysphagie et les douleurs disparurent presque entièrement. Il resta fort long-temps à l'hôpital dans un état de paralysie incurable, et fut renvoyé soulagé. Mais il y rentra quelques mois après, en partie à cause de la diminution progressive de ses forces et à cause des désordres de son intelligence, mais surtout à cause du retour de la douleur qui, cette fois, se faisait sentir dans le côté droit du col, ainsi que de la dyspnée et de l'inspiration sifflante. Peu de jours après sa rentrée, il mourut dans un accès de dyspnée.

Autopsie. — On trouva un foyer apoplectique à la partie externe du corps strié, entre ce corps et la scissure de Sylvius. Cette lésion était située du côté opposé à l'hémiplégie. Il y avait beaucoup de sé-

rosité au-dessous de l'arachnoïde. Un vaste anévrysme prenait naissance à l'origine de l'artère sous-clavière du côté gauche, et s'étendait sous le sternum ; la poche anévrysmale était remplie de couches solides et grisâtres qui étaient entièrement privées de la matière colorante du sang. Du côté droit, un anévrysme beaucoup plus petit, rempli de caillots sanguins récens, prenait également naissance à l'origine de l'artère sous-clavière de ce côté. Les caillots contenus dans ce dernier anévrysme étaient tellement mous, qu'ils tombèrent par morceaux lorsqu'on les retira de la cavité qui les contenait. On ne put examiner la disposition des nerfs de ce côté ; mais du côté gauche le nerf vague, ainsi que le nerf récurrent, étaient tendus autour de la tumeur qui les avait comprimés et aplatis.

Il est important de noter que l'artère carotide du côté gauche était complètement oblitérée, et la sous-clavière gauche diminuée de volume par la pression de la tumeur. La modification qui en était résultée dans le cours du sang, avait été probablement la cause de l'état stationnaire de l'anévrysme le plus volumineux et de la grande diminution des symptômes qui avaient accompagné son développement, diminution qui fut observée plusieurs mois avant la mort. (*The Edinb. med. and surg. Journal*, avril 1835).

Thérapeutique.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE OPÉRÉE, PRISE POUR UN KYSTE SÉREUX ; FISTULE STERCORALE ; GUÉRISON. — Catherine Nosette, âgée de 51 ans, d'une constitution sèche, limonadière ambulante, parcourait tous les jours les rues de Paris en vendant sa tisane. Avant le 23 mars 1834, elle n'avait jamais eu de tumeur dans l'aine ; ce jour là, après s'être fatiguée, elle ressentit dans le ventre de vives coliques qui se propageaient dans l'aine droite. Rentrée chez elle, elle s'aperçut que cette région était occupée par une tumeur grosse comme un petit œuf : elle prit un lavement qu'elle rendit avec quelques matières. Les jours suivans les coliques augmentèrent ; elle voulut prendre du bouillon qui fut aussitôt vomi. Le 1.er avril, deux lavemens d'huile d'olive furent rendus teints par un peu de bouillie stercorale ; malgré cela, les coliques, les nausées et les vomissemens persistèrent, mais avec peu de violence, et il se joignit à ces symptômes à peine de la fièvre. Le 2, à midi, la femme Nosette se fait apporter à l'Hôtel-Dieu ; elle annonça que les accidens qu'elle éprouvait persistaient depuis onze jours. Mais elle ne met point d'abord dans son récit la précision et la clarté que depuis on put obtenir d'elle. La tumeur de l'aine droite, peu saillante, était dure, profonde, irréductible ; la peau qui la recouvrait était rouge, enflammée ; le ventre n'était point tendu, les coliques étaient moindres, et les vomissemens n'avaient point reparu depuis la veille ; le pouls, faible, était sans fré-

quence ; la face, le teint étaient légèrement altérés. Un bain, des sangsues et un cataplasme sont prescrits. Le soir, les accidens n'ont pas reparu ; le lavement émollient qui avait été prescrit est rendu coloré par un peu de matière stercorale ; le pouls s'est relevé : une petite saignée est pratiquée. M. Sanson jugea qu'il y avait étranglement, et que le bien-être et l'amendement survenus n'étaient qu'une rémission, un calme trompeur : l'opération fut résolue.

Incision cruciale intéressant la peau qui parvient dans un petit foyer purulent ; l'abcès est évacué, la surface de la plaie bien lavée, épongée ; l'opérateur incise de nouvelles couches avec précaution, et il trouve un kyste ou un sac herniaire rempli d'une sérosité limpide. Il crut être arrivé dans le sac ; mais les recherches les plus minutieuses ne purent faire découvrir une portion intestinale ; cette poche était-elle un kyste ou un sac herniaire ? On ne put le décider ; la plaie fut pansée sans être réunie immédiatement. Le 3, le calme continue ; un nouveau lavement amène avec lui quelques matières. M. Dupuytren voit la malade, il examine le fond de la plaie, et cherche à reconnaître l'odeur de matières stercorales. Ses recherches sont infructueuses. Il annonce à la clinique que la tumeur de l'aine était formée par un kyste ; il s'étend sur la difficulté du diagnostic dans ces cas ; il cite plusieurs exemples fort remarquables, et il finit en disant qu'il n'y a jamais d'inconvénient à prendre ces tumeurs pour des hernies, mais que la méprise contraire pourrait être suivie d'accidens graves.

Jusqu'au 8, rien de nouveau ; la malade continue à aller à la selle. Le 8, au moment de la visite, en levant l'appareil, on voit avec surprise sortir un ver lombric du fond de la plaie, avec un peu de liquide jaunâtre. Plus de doute, dès-lors, sur le caractère de la tumeur. M. Dupuytren annonce qu'il y avait une anse intestinale engagée sous l'anneau ; qu'il y avait simple pincement et par suite érosion de l'intestin. Le kyste qu'on a trouvé était le sac herniaire, et l'anse intestinale n'était engagée que très-légèrement sous l'arcade crurale. Les jours suivans, l'appareil du pansement n'est humecté que par du pus ; mais le 21, on voit quelques bulles gazeuses et un peu de liquide jaune s'échapper du fond de la plaie. Le même état subsiste jusqu'aux derniers jours de mai, quoique la solution de continuité soit bien rétrécie. Un bandage herniaire est placé : la compression ne tarde pas à amener la complète oblitération de la fistule, et la malade sort parfaitement guérie. (Bell, Henri, *Diss. sur quelques points de médecine et de chirurgie*. Thèse. *Paris*, 1834. N.° 224).

Fractures anciennes guéries par le moyen du séton ; *par le docteur P. Portal, chirurgien en chef du grand hôpital de Palerme.* — Dans le mois de septembre 1834, Joseph Ragusa, paysan, âgé de 24 ans, de tempérament sanguin, de constitution athlétique, entra

à l'hôpital de Palerme. Il avait reçu en juillet une plaie d'arme à feu au bras gauche, qui avait fracturé comminutivement l'humérus à son tiers moyen. Une partie des esquilles avait été enlevée par le chirurgien appelé au moment de l'accident. Deux mois après l'accident il se présenta à l'hôpital avec une fracture du bras non consolidée, et qui était le siége de très-vives douleurs par le plus léger mouvement. Dans cet état de choses, avant de recourir à l'amputation, je voulus tenter l'introduction d'un séton entre les deux bouts de l'os fracturé; pendant les trois premiers jours le séton détermina de la douleur et de l'inflammation qui furent combattues par des topiques émolliens, et à l'intérieur par la limonade tartarisée. Le quatrième jour, en tirant le séton on fit couler de la plaie une grande quantité de pus; mais l'issue de ce liquide diminua graduellement. Le frottement exercé par le séton entre les deux fragmens détermina la sortie d'une esquille. De ce moment les douleurs éprouvées par le malade diminuèrent considérablement; le séton resta en place pendant vingt-quatre jours, pendant lesquels le pus s'améliora sous le rapport de la quantité et de la qualité. Je jugeai prudent de l'enlever alors, de me borner à panser la plaie avec l'onguent styrax, et de placer un bandage circulaire avec une compresse graduée, exerçant ainsi une légère pression qui fut entretenue pendant tout le mois d'octobre et quelques jours du mois de novembre, après lesquels le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri.

J'ai eu l'occasion de faire une observation semblable dans le mois de septembre de la même année, chez un enfant de deux ans nommé Placido di Bella; il s'était fracturé le fémur du côté droit dans l'étendue de son tiers supérieur. Les moyens ordinaires étant restés infructueux, je passai un séton, dans le courant du mois d'octobre, et j'eus la satisfaction de voir se souder les fragmens osseux qui étaient restés séparés pendant environ trois mois. Il resta un peu de raccourcissement du membre blessé, mais le fémur acquit une telle solidité que le malade sortit de l'hôpital parfaitement guéri dans le mois de février. (*Il Filiatre sebezio*, mai 1835).

Obstétrique.

Rupture de la symphyse du pubis au moment de l'application du forceps; guérison avec écartement, et depuis accouchement naturel. — Philiberte S...., couturière, âgée de 22 ans, est une femme de quatre pieds au plus, qui a été nouée dans son bas-âge, mais jouissant aujourd'hui d'une santé florissante. Après une grossesse heureuse, elle entre chez madame B...., accoucheuse de Lyon, le 20 mai 1832. Le 25 elle éprouve, sans cause connue, une perte abondante qui s'arrête spontanément au bout de quelques heures. Les douleurs de l'enfantement se font sentir le 26 dès le matin. A neuf

heures du soir, le travail paraissant languir, la sage-femme perce la poche des eaux, dans l'espoir de l'accélérer. Le 27, les douleurs continuent sans résultat; le lendemain elles se font à peine sentir. Alors madame B.... fait appeler deux chirurgiens-accoucheurs qui décident que le bassin est trop étroit pour permettre la version ou l'application du forceps : en conséquence, Philiberte est envoyée à l'hospice de la Maternité, où elle entre le 28 à sept heures du soir.

M. Imbert, chirurgien en chef, l'ayant examiné à l'instant même, reconnut que la tête se présentait dans la position occipito-cotyloïdienne gauche, et jugea que le diamètre sacro-pubien ne devait avoir que trois pouces moins deux ou trois lignes. Il n'eut pas hésité à pratiquer la section de la symphyse, s'il avait eu la certitude de la vie de l'enfant, mais celui-ci avait cessé tout mouvement depuis quarante-huit heures; du reste, il n'y avait pas d'autre signe de sa mort. On eut recours au forceps. Les branches introduites sur les côtés du détroit saisirent la tête un peu obliquement. A peine eut-on fait quelques légères tractions, qu'on entendit un craquement dans les symphyses du bassin, et la tête tomba tout-à-coup dans l'excavation. L'opération fut suspendue. Les branches de l'instrument dégagées avec précaution, l'opérateur reconnut une rupture de la symphyse pubienne avec un écartement d'un pouce, et déchirure de la commissure antérieure de la vulve. Il était facile d'introduire le doigt au fond de la plaie, où l'on rencontrait à droite les rugosités de l'os, à gauche le cartilage resté adhérent au pubis : c'est aussi de ce côté que se trouvait le canal de l'urètre. Avant de terminer l'accouchement, une ceinture à sangles fut serrée autour des hanches de la malade, et des aides furent chargés de soutenir son action. Le forceps étant appliqué de nouveau, l'enfant fut retiré; mais au moment où la tête franchit le détroit inférieur, on entendit encore des craquemens, et l'on sentit les pubis s'éloigner de deux pouces environ.

L'enfant était du poids de cinq livres et d'un volume médiocre; la mobilité des os du crâne et l'état de la peau firent présumer que sa mort n'était pas récente. La tête, recouverte des parties molles, avait les dimensions suivantes : diamètres occipito-mentonnier, 4 pouces trois-quarts; occipito-frontal, 4 pouces un quart; bi-pariétal, 3 pouces et un quart; temporal, 2 pouces trois-quarts; vertical, 3 pouces et demi.

Aussitôt après la délivrance, la ceinture fut resserrée, les cuisses maintenues rapprochées et fléchies à l'aide d'un coussin. (Saignée d'une livre, fomentations émollientes sur l'abdomen, qui est un peu météorisé; boissons émollientes; diète). Le 29, météorisme abdominal plus considérable, mais peu douloureux; douleurs sourdes dans la région sacro-iliaque droite; inflammation commençante des parties externes de la génération; rétention d'urine; constipation, fièvre.

On fait dans le vagin des injections avec une décoction émolliente et narcotique ; l'abdomen est recouvert par un vaste emplâtre de térébenthine, et fortement serré dans une large ceinture en coutil ; la malade est sondée matin et soir. (Potion opiacée avec dix grains de sous-nitrate de bismuth ; tisane de graine de lin, etc.) Le 30 et 31, les symptômes de péritonite ont insensiblement disparu ; on a resserré les ceintures à mesure que le gonflement a diminué, et malgré cette précaution on sent un écartement de dix à douze lignes entre les pubis. Le 1.er et 2 juin, les lochies coulent, mêlées avec un peu de pus provenant de la plaie. La fièvre est assez forte, mais les seins ne se gonflent pas ; on a recours à des applications réitérées de ventouses qui produisent le plus heureux effet.... Quelques jours après, la fièvre de lait se termine par des sueurs aiguës et par un dépôt blanc abondant dans les urines ; depuis lors le rétablissement de la malade parut assuré. Au quinzième jour, la plaie des parties génitales était complètement cicatrisée. Une incontinence d'urine avait d'abord succédé à la rétention, mais elle disparut elle-même en peu de jours, sans traitement particulier. La symphyse sacro-iliaque droite resta douloureuse pendant tout le premier mois ; il y eut de l'œdème à la jambe de ce côté. A la fin de juin, les pubis étaient entièrement consolidés, malgré l'écartement qui subsistait toujours. Dans les premiers jours de juillet on lui permit de se lever, et peu de temps après elle quitta l'hospice sans infirmité.

Au mois de juillet de l'année suivante (1833), Philiberte S...., enceinte pour la seconde fois, accoucha naturellement d'un enfant à terme et vivant. Il paraît que, chez elle, le bassin a conservé l'ampleur qu'il avait gagnée, grâce à un prolongement osseux ou cartilagineux qui réunit les deux parties divisées. (Ch. Faure-Bignet, *Réflexions sur la symphyséotomie.* Thèse. *Paris*, 1834, N.° 233, p. 11).

Académie royale de Médecine.

Séance extraordinaire du 27 juin. — PRIX. — La commission des prix propose cinq questions, parmi lesquelles une seule attire l'attention de l'Académie : « Rapprocher le typhus de la fièvre typhoïde ; établir parallèlement leurs points de ressemblance et de dissemblance sous le triple rapport des symptômes, des caractères anatomiques et des indications thérapeutiques. » M. Louis ayant fait observer qu'il n'est guère possible d'établir, en ce moment, un parallèle entre les caractères anatomiques du typhus et de la fièvre typhoïde, la rédaction de la question est ainsi modifiée : *Faire connaître les analogies*

et les différences qui existent entre le typhus et la fièvre typhoïde, dans l'état actuel de la science. Cette question est admise pour sujet du prix qui sera décerné en 1837.

Séance du 30 *juin.* — PESTE. — M. Rigaud adresse à l'Académie un travail renfermant le résumé de 68 autopsies de pestiférés. — Sur la demande de M. Sanson, une commission spéciale est désignée pour faire un prompt rapport sur ce travail.

Séance annuelle du 7 *juillet.* — Les lectures ont eu lieu dans l'ordre suivant : 1.° *Nouvelles expériences sur les hémorrhagies traumatiques ;* par M. Amussat. 2.° *Notice sur la peste de Moscou en* 1771 ; par M. Gérardin. 3.° *Prix décernés et sujets de prix proposés pour* 1836 *et pour* 1837. 4.° *Éloge de Chaussier ;* par M. Pariset. 6.° Prix décernés pour la vaccine. — Tous ces travaux seront imprimés.

Séance du 14 *juillet.* — CONSERVATION DES CADAVRES. — M. Breschet lit un rapport sur un mémoire de M. Gannal, où l'auteur propose un procédé propre à atteindre ce but. Le rapporteur énumère rapidement les nombreux procédés qui ont été proposés avant celui de M. Gannal, et en indique les inconvéniens ; puis il passe à ce dernier. Le procédé de M. Gannal consiste en une solution dans l'eau des trois sels qu'on n'avait employés qu'isolément dans les laboratoires ; savoir : le nitre, le sel commun et l'alun, dans les proportions suivantes : alun et sel commun, de chaque, deux parties ; nitre, une partie. La liqueur doit marquer à l'aréomètre 7 à 8° pendant l'hiver, et 12 à 15° pendant l'été. Deux cadavres plongés dans ce mélange et laissés au milieu des débris pendant deux mois, n'avaient pas changé d'aspect à l'extérieur ; les tissus étaient bien conservés et pouvaient servir aux démonstrations anatomiques. Le même liquide a été injecté dans le système artériel, et, après deux mois, le sujet était bien conservé et n'exhalait aucune odeur fétide. Un cadavre retiré de ce liquide, est resté quinze jours sans se putréfier, par un temps où la putréfaction aurait été complète dans cet intervalle chez des cadavres frais. Les tissus immédiatement en contact avec le liquide perdent leur coloration ; les chairs perdent un peu de leur cohésion. Mais les organes internes, le cerveau en particulier, sont très-bien conservés. — Le rapporteur pense que de nouvelles et nombreuses expériences doivent être faites pour répondre à toutes les questions que ce sujet important soulève, et demande qu'on alloue des fonds pour cet objet. — Adopté.

M. Lisfranc soumet à l'Académie plusieurs faits de chirurgie pratique. Les détails de ces faits sont trop peu précis pour que nous croyions devoir les rapporter : la plupart rentrent d'ailleurs dans les opérations connues.

Séance du 21. — L'Académie reçoit quelques communications, d'où il résulte que le choléra continue ses ravages à Toulon, avec la même

intensité ; qu'il semble vouloir se développer de nouveau à Marseille, et qu'il s'est même montré à Limoges. — M. Soubeiran a la parole au nom de la commission des remèdes secrets. La plus grande partie de la séance est occupée à entendre la lecture d'une longue série de rapports ayant pour objet divers remèdes qui sont successivement rejetés. On remarque parmi ces remèdes, un moyen que le docteur Fisher préconise contre le mal de mer, et dont une partie provient d'une plante de la famille des strychnées, et l'autre partie d'une plante appartenant à la famille des ménispermées. Ces substances mélangées sont d'ailleurs prescrites à des doses extrêmement petites.

EXTIRPATION DE L'UTÉRUS. — M. Capuron lit en son nom et en celui de M. Lisfranc, un rapport sur une observation communiquée à l'Académie par M. Lasserre, professeur à Agen, et dont voici les principaux détails : Une femme, âgée de 13 ans, accouche à terme et très-laborieusement d'un enfant mâle ; la sage-femme exerce de violentes tractions sur le cordon ombilical, avant que l'utérus ne soit revenu sur lui-même. Cette pratique est suivie d'une hémorrhagie effrayante. L'accouchée est déshabillée, couchée nue sur le sol, et la sage-femme lui verse sur le corps une grande quantité d'eau à moitié glacée. L'hémorrhagie qui semblait devoir emporter la malade est arrêtée ; mais elle se renouvelle à plusieurs reprises, et notamment au retour de l'époque menstruelle, où elle met de nouveau la vie de la malade en danger. Un médecin instruit arrête cette perte sanguine, qui se reproduit tous les mois avec des caractères inquiétans. Enfin, au bout de dix-huit mois, la malade semblait reprendre quelques forces, quand l'hémorrhagie se manifeste encore et s'accompagne des mêmes dangers. La sage-femme croit reconnaître une chute de matrice, et place un pessaire ; cependant les accidens ne se calmant point, M. Lasserre est consulté. Ce chirurgien reconnaît dans le vagin une tumeur pyriforme, à surface bosselée, dont le pédicule est entouré d'un bourrelet dans le point correspondant à l'orifice utérin. Il diagnostique un renversement de l'utérus, et y reconnaît la source des hémorrhagies. Dans l'impossibilité de réduire, et prévoyant que de nouvelles hémorrhagies feraient indubitablement périr la malade, il se décide à pratiquer sur-le-champ l'extirpation de l'utérus, comme seul moyen de la sauver. En conséquence, ayant fait placer cette femme sur le bord d'un lit, comme pour la terminaison de l'accouchement avec la main, il passe une ligature autour du pédicule de la tumeur, le plus près possible de l'orifice utérin, et la serre avec le serre-nœud de Desault. Il en résulte une douleur très-vive qui est calmée par le laudanum. Cette douleur se reproduit plusieurs fois et est suspendue par le même moyen. Lorsqu'après quelque temps, il croit devoir serrer de nouveau la ligature, cette opération produit dans l'hypogastre une douleur extrême qui ne cède

point au laudanum, et qui l'oblige de desserrer la ligature. Cette circonstance se renouvelle chaque fois qu'on veut resserrer la ligature. Au bout d'un certain nombre de jours, craignant des accidens vers l'abdomen, M. Lasserre voulut en finir promptement. Il attire la tumeur au-dehors, reconnaît qu'une partie seulement du pédicule a été détruite par la ligature. Il place une nouvelle ligature autour de la portion non détruite, dans la crainte d'une hémorrhagie, et emporte la tumeur d'un seul coup. Peu de temps après l'opération, il se développe des accidens qui font craindre une péritonite, mais qui sont combattus avec avantage par les moyens antiphlogistiques et adoucissans. Au bout de cinq jours, l'état de la malade était satisfaisant. Quelques jours plus tard, gonflement de la cuisse et de la jambe du côté gauche. Enfin, trente jours après la ligature, la guérison était complète. Il y avait un an que cette opération avait eu lieu, quand M. Lasserre l'a communiquée à l'Académie, et les menstrues ne s'étaient point renouvelées; les prodrômes de l'écoulement des régles ne se font même plus sentir; d'où le docteur Lasserre conclut que le flux menstruel n'a son siége ni dans la vulve ni dans le vagin, mais bien dans le corps de l'utérus. Depuis son rétablissement, cette femme a pu se livrer au coït comme avant sa grossesse, et elle y éprouve la même jouissance et les mêmes sensations. — Le rapporteur reproche à M. Lasserre de n'avoir pas suffisamment décrit la tumeur, et de ne s'être pas assez étendu sur les signes distinctifs du polype utérin et du renversement de la matrice. Toutefois l'ensemble de l'observation ne permet guère de douter que M. Lasserre n'ait réellement extirpé l'utérus, d'autant plus qu'après l'opération il a pu vérifier son diagnostic. Quant au retour des menstrues, M. Lasserre s'est trop hâté de décider qu'elles ne se renouvelleraient plus; il a eu tort surtout de conclure qu'elles ne proviennent que du corps de l'utérus. La science possède plusieurs cas d'extirpation de l'utérus, dans lesquels l'écoulement menstruel s'est rétabli au bout de plusieurs années. Le rapporteur, considérant cette observation comme extrêmement importante et curieuse, propose de la renvoyer au comité de publication, et d'inscrire l'auteur parmi les candidats au titre de correspondant. — M. Nacquart cite une thèse où Osiander a donné une planche coloriée avec soin, et où l'on voit le flux menstruel sourdre des parois du vagin. — M. Moreau se plaint de ne point trouver la description de la tumeur, et surtout son anatomie pathologique. Les extirpations complètes de la matrice ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser; plusieurs fois on a enlevé cet organe, en ne croyant enlever qu'une tuméfaction des parois du vagin. Cette opération n'en est pas moins extrêmement grave, et il faut, pour qu'on ose la pratiquer, un concours de circonstances très-rares. Du reste, il appuie les conclusions du rapport, en demandant toutefois que M. Lasserre

soit prié de faire parvenir à l'Académie la pièce anatomique, dans le cas où il l'aurait conservée. — Adopté.

VARIÉTÉS.

Demande du rétablissement à la Faculté de Médecine et de la mise au concours de la chaire de bibliographie médicale.

L'attention du public étant éveillée sur ce sujet, nous croyons que le moment est venu de nous en occuper à notre tour. En attendant que nous exposions notre opinion sur la nécessité de l'enseignement de l'histoire de la médecine et de la bibliographie médicale, nous croyons devoir publier la pétition même qui a été adressée au ministre. Quoique l'auteur ait dû s'interdire des développemens étendus, il établit fort clairement que la chaire en question n'a point cesser d'exister légalement à la Faculté, et qu'on est en droit de réclamer qu'elle soit mise au concours.

Le Journal-général de l'instruction publique, du 12 juillet, publiait à ce sujet l'article suivant, que divers autres Journaux, politiques ou scientifiques, ont reproduit, en le développant :

« Une demande a été adressée à M. le ministre de l'instruction publique, pour obtenir le rétablissement de la chaire de bibliographie médicale et d'histoire de la médecine qui a existé long-temps à la Faculté de Paris. Cette chaire était occupée en dernier lieu par le savant Moreau (de la Sarthe). Elle a été supprimée, en même temps que la Faculté, par l'ordonnance du 21 novembre 1822. En 1830, Moreau (de la Sarthe) était mort, et l'on ne songea point à rétablir la chaire qu'il avait occupée avec tant de succès, pendant plus de huit années. Nul doute cependant que, si un nouveau concours était ouvert, d'autres hommes également instruits et versés dans toutes les parties de la science ne se présentent pour remplir une place si importante aux progrès des études médicales. La demande qui a été adressée à cet égard à M. le ministre de l'instruction publique, est signée de tous les membres de la Faculté. »

M. le ministre, la Faculté de Médecine de Paris, au milieu d'un enseignement dont la richesse est une des gloires de l'Université, présente une lacune fâcheuse. L'histoire de la médecine et la bibliographie médicale n'y sont point enseignées. Supérieure presque en tout aux Universités les plus célèbres de l'Allemagne, la Faculté leur cède en ce point, car toutes sont pourvues de professeurs d'histoire et de bibliographie. L'existence d'une pareille lacune se comprend

moins dans la disposition actuelle des esprits que dans toute autre époque, car jamais on ne sentit mieux l'importance des études historiques pour l'avancement de toutes les parties des connaissances humaines et leur indispensable nécessité dans la culture des sciences d'observation. En effet, la condition fondamentale de ces sciences est de n'exister et de ne pouvoir s'agrandir que par une attention égale à acquérir des notions nouvelles par l'étude de la nature, et à recueillir, rapprocher et féconder les notions déjà acquises par l'étude des livres.

De ces deux études également nécessaires, l'observation actuelle et la recherche des observations du passé, la dernière n'est pas plus susceptible que l'autre d'être entreprise sans un guide qui y introduise; elle n'exige pas moins impérieusement le secours d'un professeur qui en donne les premiers élémens et qui fournisse les moyens d'en approfondir toutes les parties. Tant qu'il n'y aura pas un professeur à la Faculté de Médecine chargé d'introduire les élèves à la connaissance des livres, ils perdront à des études mal dirigées une portion précieuse de leur temps, et des études approfondies seront le partage exclusif d'un très-petit nombre d'hommes qu'aucune difficulté ne rebute. La Faculté de Médecine de Paris a joui pendant vingt-six ans de la chaire dont on demande aujourd'hui le rétablissement. Cette chaire y exista dès l'origine même de cette école : double pendant près de quinze années; partagée en chaire d'histoire de la médecine et en chaire de bibliographie médicale, unique plus tard, sous cette dernière dénomination (1) elle y existait en 1822, occupée depuis huit années par Moreau de la Sarthe, quand l'ordonnance du 21 novembre 1822 détruisit la Faculté de Médecine de Paris. Cette ordonnance, déclarée illégale par celle du 5 octobre 1830, fut révoquée par celle-ci, et la Faculté fut remise, par cette dernière, sur

(1) A l'origine de la Faculté, la chaire d'histoire fut donnée à Goulin; celle de bibliographie fut occupée par Sue. Après Goulin, les professeurs d'histoire furent Lassus, puis Leclerc et Cabanis, qui étaient en même temps chargés de l'enseignement de la médecine-légale, car alors les chaires étaient doubles. Après la mort de Cabanis, Sue permuta la chaire qu'il occupait pour celle de médecine-légale et d'histoire, et la chaire de bibliographie resta vacante. Elle le fut pendant quatre ans, au bout desquels Moreau (de la Sarthe) fut nommé professeur pour l'occuper. Sue, étant mort en 1816, fut remplacé comme professeur de médecine-légale; mais l'enseignement de l'histoire, tombé en quelque sorte en désuétude par la négligence des professeurs qui en avaient été chargés, fut mis en oubli. Néanmoins la chaire d'histoire n'était pas abolie pour cela, et en 1820 une décision formelle la réunit à celle de bibliographie.

son ancien pied. La chaire de bibliographie reparut donc alors légalement avec la Faculté dont elle avait fait partie. Dans la répartition qui fut faite de l'enseignement postérieurement à cette époque, nul doute que Moreau de la Sarthe, s'il eût vécu, ne fût revenu, comme ses anciens collègues, reprendre l'enseignement de l'histoire et de la bibliographie. Mais il était mort depuis plusieurs années, et l'on garda le silence sur sa chaire, dont l'objet, il faut le dire, était une science alors peu cultivée par les médecins français, et que peu de personnes eussent été aptes à remplir. Mais nul acte du gouvernement n'a prononcé l'abolition de cette chaire, et elle n'a point cessé d'exister légalement.

Il appartient au ministre de l'instruction publique, à l'homme qui a contribué plus que qui que ce soit en Europe au rétablissement des études historiques, de faire que la Faculté de Médecine de Paris ne soit pas privée plus long-temps d'un enseignement nécessaire.

Nous vous supplions donc, M. le Ministre, d'ordonner qu'un concours soit ouvert à la Faculté de Médecine de Paris, pour pourvoir d'un professeur la chaire de bibliographie médicale vacante depuis la mort de Moreau, de la Sarthe.

BIBLIOGRAPHIE.

Mélanges de chirurgie-pratique, etc., d'après la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu d'Amiens et les leçons de M. Josse; par Josse *fils.* Un vol. in-8.° de 358 pages avec 8 fig. A Paris, chez Béchet jeune.

Le sujet réellement important de ce livre, c'est *l'emploi de l'eau froide dans le traitement de plusieurs affections chirurgicales.* Par la manière dont M. Josse père a employé l'eau froide, par l'extension qu'il a donnée à son emploi, ce chirurgien a ajouté à la puissance de la thérapeutique chirurgicale, et rendu un véritable service à l'humanité. Dès la plus haute antiquité on a fait des affusions d'eau froide ou tiède, des fomentations au moyen d'éponges, de compresses qui en étaient mouillées, que l'on tenait appliquées sur les parties malades, et que l'on renouvellait ou mouillait de temps en temps; d'autres fois la partie malade était plongée dans l'eau fraîche qu'on renouvellait pendant un certain temps toujours assez court; mais personne, à ma connaissance, n'avait pensé encore à soumettre généralement les maladies inflammatoires des membres à l'action d'une affusion continue, quoiqu'on eût cependant employé de semblables irrigations contre les inflammations de la vessie. C'est ce qu'a fait M. Josse (p. 16), et il paraît avoir en outre généralement supprimé

les cataplasmes, parce que, d'après ses observations, ils échauffent les parties enflammées et y augmentent le mal, loin de le diminuer (p. 24). Il pratique les affusions continuées sur les membres seulement et jamais sur le tronc, pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, jusqu'à ce que l'inflammation paraisse appaisée et jusqu'à ce qu'elles puissent être suspendues sans que l'inflammation augmente; mais si après leur suspension en apparence bien indiquée, le mal s'accroît, il revient encore aux affusions qui l'appaisent et le contiennent de nouveau.

1.° Un vase portant un robinet à son fond, et élevé au-dessus du malade; 2.° une toile cirée placée sous le membre malade pour recevoir l'eau que fournit le vase et étendue en dehors du lit pour conduire l'eau; 3.° un second vase pour la recevoir; tel est l'appareil dont se sert M. Josse, en le modifiant d'ailleurs au besoin.

Après avoir fait connaître la méthode des affusions d'une manière générale, l'auteur indique les cas particuliers où il en fait usage, et il cite à l'appui les faits qui en ont prouvé les avantages.

Le premier chapitre comprend une suite d'observations d'érysipèles simple, phlegmoneux et quelquefois fort graves, à la face, au cuir-chevelu, à la jambe, au bras; le deuxième, de phlegmons compliqués de plaie, de rhumatisme articulaire (p. 85), de panaris graves guéris par les affusions continues.

Daas un troisieme chapitre, l'auteur disserte sur l'ouverture des abcès. Il veut que dans tous les cas on ouvre les abcès aigus avec l'instrument tranchant, qu'on n'attende pas que le pus se réunisse en un foyer unique, qu'on ouvre chaque foyer séparément, et qu'on multiplie les incisions plutôt que de les agrandir.

La brûlure fait le sujet d'un quatrième chapitre. L'auteur la traite aussi par les affusions, et il en cite deux exemples.

Mais c'est surtout le chapitre des plaies contuses qui offre un grand intérêt, par les observations qu'il renferme.

Un garçon de quatorze ans, dont la jambe fut prise dans les rayons d'une roue en mouvement, qui avait une affreuse plaie déchirée du coude-pied, deux fractures des os du métatarse dénudés, et une fracture du péroné, guérit par les affusions, et marcha au bout de trois mois.

Un manouvrier âgé de 40 ans eut le pied écrasé par une voiture pesamment chargée, les os du tarse et du métatarse fracturés ou écrasés de manière à n'offrir aucune résistance à la main qui les pressait, la peau déchirée en quelques points, et les parties molles contuses. Il guérit.

Un garçon chargeur, qui eut une plaie contuse à la main, avec fracture de plusieurs os du métacarpe, guérit en vingt-deux jours.

Un jeune homme se fait une coupure à la plante du pied; une inflammation et des douleurs vives s'y manifestent; on débride, l'in-

flammation continue à-peu-près : sangsues, affusions d'eau froide ; guérison.

A la suite de ces faits viennent des plaies par armes à feu avec fractures comminutives, brûlure, dénudation des os, des tendons et néanmoins guérison en moins de cinq semaines, en dix-huit et même quinze jours.

Le sixième chapitre est consacré aux pansemens des plaies simples et récentes, et l'auteur veut, qu'à l'exemple des chirurgiens espagnols, ces pansemens soient rares, que le premier, par exemple, se fasse vers le quinzième jour.

Au chapitre de la gangrène, qui est le septième, il veut qu'on ampute toujours, lors même que la gangrène n'est pas bornée ; il n'en excepte que le cas où la gangrène est spontanée et marche rapidement.

Viennent enfin les chapitres 9 et 10, où il parle des luxations spontanées du fémur et de la luxation tibio-tarsienne. Le 9.ᵉ contient la description d'un lit à extension continue pour le traitement des fractures de la cuisse et de la luxation spontanée du fémur, moyen thérapeutique qu'il propose contre les luxations pour rendre au membre sa longueur, le tenir immobile en repos, et par là déterminer la guérison de la luxation. L'auteur rapporte deux observations qu'il croit propres à autoriser et même à justifier ses idées. Au 10.ᵉ chapitre, M. Josse propose de réséquer l'extrémité inférieure du tibia et du péroné quand ils font saillie à travers la peau, plutôt que de faire des efforts pour réduire la luxation et de couper la jambe.

Voilà l'analyse abrégée, mais fidèle, de l'ouvrage de M. Josse ; maintenant un mot de réflexion sur cet ouvrage.

On ne saurait se refuser à reconnaître la puissance des affusions froides contre les inflammations, et les avantages que le chirurgien peut en retirer ; c'est une vérité démontrée. J'en ai moi-même un bel exemple sous les yeux. J'ai enlevé dernièrement une tumeur osseuse fixée derrière l'articulation tibio-tarsienne, entre la malléole interne et le tendon d'Achille. Cette tumeur adhérente à l'articulation entraîna la synoviale quand je l'arrachai pour ne pas porter l'instrument entre elle et l'articulation que je craignais d'ouvrir. Eh bien ! malgré l'ouverture de l'articulation et d'une gaîne tendineuse, les affusions continues ont amené le malade à ce jour, qui est le douzième de l'opération, sans accident ; et tout nous porte à croire que notre malade aura le bonheur de guérir et de guérir très-promptement. Mais il reste encore à apprendre sur l'influence de cet agent. M. Josse en a montré les bons effets, mais il n'y a pas d'agent thérapeutique qui produise toujours du bien et ne produise quelquefois du mal. L'art doit connaître les mauvais effets comme les bons, sous peine d'être surpris et de ne pouvoir remédier à un mal inattendu. Je lis toujours avec défiance l'histoire d'un moyen théra-

peutique, quand cette histoire est toute apologétique, et que je ne rencontre ni insuccès ni accident imprévu survenu à la suite de l'usage de l'agent thérapeutique en question. Je suis fâché que M. Josse ait à cet égard imité nos prédécesseurs. Il est difficile de se persuader que depuis si long-temps qu'il emploie les affusions continues, il ne les ait jamais trouvées impuissantes ou dangereuses. Cela me paraît d'autant plus difficile, que pour moi, qui jusqu'ici n'en ai fait que peu d'usage, j'en ai vu des effets qui méritent beaucoup d'attention, parce qu'ils peuvent avoir des dangers. Voici ces effets : j'ai vu le froid dans une inflammation phlegmoneuse causée par des points de suture, refouler l'inflammation et la suppuration dans les parties profondes, sans lui permettre de se montrer ni dans la peau qui restait blanche, pâle, insensible, ni dans le tissu cellulaire, ni même dans les muscles sous-cutanés, tandis que l'inflammation et la suppuration existaient dans des muscles plus profonds et existaient sans causer presque ni douleurs, ni accélération du pouls. M. Sanson, avec qui je m'en entretenais dernièrement, me raconta avoir vu des effets analogues. Il avait employé le froid ; la douleur était presque nulle ; il y avait peu de fièvre. Un œdème survint qui lui fit soupçonner une suppuration profonde. Une ponction faite au membre lui fit effectivement découvrir un abcès profond considérable.

Ces graves effets du froid doivent engager les praticiens à les observer avec attention lorsqu'on le met en usage contre les inflammations, afin de porter remède à propos aux accidens qui surviennent. Le praticien doit être d'autant plus attentif, que le froid diminuant la douleur, la chaleur, la suppuration, l'accélération du pouls et refoulant profondément l'inflammation et la suppuration, l'inflammation rentre, pour ainsi dire, dans la catégorie de celles qu'on nomme latentes. Dans le cas que j'ai observé, il y avait pour tout symptôme propre à m'éclairer, sensibilité à la pression et pouls médiocrement fréquent. Dans le cas de M. Sanson, il s'y joignit une tuméfaction. Eh bien, ces faits, en attendant que nous en connaissions mieux la valeur et que nous connaissions mieux aussi les effets des affusions continues, devront toujours être présens à notre souvenir pour éveiller notre attention.

GERDY.

Formulaire pour la préparation et l'emploi de plusieurs nouveaux médicamens, etc.; *par* F. MAGENDIE, *membre de l'Institut; etc.* Paris, 1835. 8.e édition.

Le Formulaire de M. Magendie est arrivé à sa huitième édition ; ce chiffre annonce un succès peu commun. Un tel succès s'explique du reste par les qualités qui distinguent ce petit ouvrage. En effet, ce Formulaire est remarquable par le soin avec lequel l'auteur a précisé

les cas où chaque médicament convient, et en a indiqué les doses et le mode d'administration. A cette occasion, il a réuni des citations nombreuses et intéressantes, où l'on peut juger des vertus des médicamens et saisir les indications, beaucoup mieux que dans des généralités, quelque bien résumées qu'on les suppose. Mais ce recueil est surtout précieux par la nouveauté des substances médicamenteuses qui y sont proposées et réduites en formules. Nous nous arrêterons principalement sur quelques-unes des additions qui sont propres à cette huitième édition, et qui ajoutent à la valeur de l'ouvrage. La codéine, découverte en 1832 par M. Robiquet, a attiré l'attention de M. Magendie. Il trace l'histoire de sa découverte, les procédés employés pour l'obtenir, et en décrit les propriétés chimiques. Puis il passe à l'action de cette substance sur l'homme et les animaux. Un grain de codéine dissous dans une petite quantité d'eau distillée, et injecté dans la veine jugulaire d'un chien de taille moyenne, a donné lieu presqu'instantanément à un sommeil profond, qui s'interrompait toutefois subitement par un bruit intense produit près de l'animal endormi. Ce réveil était de très-courte durée, et le sommeil redevenait rapidement profond et complet. Cet état s'est prolongé plusieurs heures sans inconvéniens. Il n'en a pas été de même pour l'hydrochlorate de codéine : un seul grain de cette substance dissous comme précédemment et injecté de même dans la veine jugulaire, a déterminé subitement un sommeil complet; mais l'animal, après avoir dormi cinq ou six heures, a été trouvé mort. Un grain de codéine suffit en général pour produire un sommeil paisible, qui n'est point suivi de somnolence et de pesanteur de tête, ainsi qu'il arrive fréquemment pour la morphine. Ce médicament est indiqué toutes les fois qu'il s'agit de calmer des douleurs et de procurer le sommeil; mais comme il a moins d'activité que la morphine, il est bon de l'employer avant de recourir à cette dernière. On peut administrer la codéine à la dose d'un, deux ou trois grains dans un julep ou un looch gommeux, ou sous forme de pilules à la dose d'un grain pour chaque pilule. Les sels de codéine étant plus actifs que leur base, il faut les donner à moindres doses.

L'éther hydrocyanique, découvert récemment par M. Pelouze, se rapproche beaucoup, par ses propriétés physiologiques, de l'acide prussique, sans en avoir l'effrayante activité. Six gouttes de cet éther injecté dans la gueule d'un chien ont promptement déterminé de grandes inspirations, la chute sur le côté, puis une congestion cérébrale avec agitation remarquable des pattes. Cette état a duré quatre minutes, après quoi il a diminué graduellement, et, au bout d'une demi-heure, il avait en grande partie disparu. Six autres gouttes, introduites dans la veine jugulaire, ont rapidement causé la mort avec des phénomènes fort semblables à ceux qu'occasionne l'acide

prussique. M. Magendie a tenté l'emploi de cet éther sur l'homme malade ; mais il a été obligé d'en suspendre l'usage, à cause du dégoût insurmontable que causait aux malades l'odeur du mélange. Un seul malade put prendre sans dégoût six gouttes d'éther hydrocyanique dans un looch gommeux et en éprouva plusieurs jours de suite des effets satisfaisans. Cet éther pourrait s'employer dans les cas où l'acide hydrocyanique est indiqué.

M. Magendie pense que l'acide lactique deviendra un médicament utile. Il en a déjà obtenu des effets satisfaisans dans des cas de dyspepsie ou de simple affaiblissement des organes digestifs. Il le donne sous forme de limonade ou de pastilles. A raison de la promptitude avec laquelle l'acide lactique dissout le phosphate de chaux, M. Magendie propose d'essayer cet acide dans les cas de gravelle blanche ou de phosphate de chaux.

Les citations qui précèdent nous paraissent suffire pour donner aux praticiens une idée convenable de l'importance du Formulaire de M. Magendie.

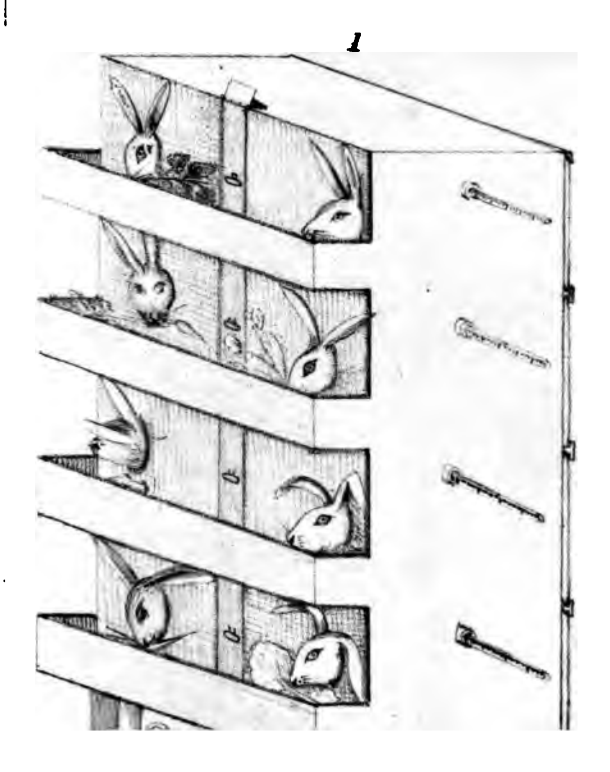
Traité élémentaire de thérapeutique médicale, suivi d'un Formulaire; par L. Martinet. Deuxième édition. Paris, 1835; in-8.°

La première édition de cet ouvrage a été publiée en 1828, et nous avons fait connaître alors la marche suivie par l'auteur (Voyez *Archives*, t. XVIII, p. 612). Quelques additions ont permis de changer le format qui était in-18, et de constituer un volume in-8.° de plus de 600 pages. Parmi ces additions nous devons signaler les tentatives de *bibliographie* qui terminent la plupart des chapitres, parce qu'elles témoignent de la tendance actuelle des esprits en médecine. Cette espèce de bibliographie semble une dette payée à cette tendance; mais elle est si loin de justifier son titre, qu'on est porté naturellement à se demander comment on a pu le lui imposer. Une *bibliographie* suppose des recherches exactes, un choix judicieux; elle doit offrir le tableau de l'état actuel de la science sur chacun des points traités; elle doit surtout n'avoir rien omis d'important sur le sujet dont il s'agit. Or, la bibliographie ajoutée au *Traité de thérapeutique* ne remplit aucune de ces conditions. Ce qui en fait à-peu-près tous les frais, ce sont les quelques ouvrages généraux que tout le monde connaît, et que l'auteur a la constance de citer presque à chaque article qu'il traite et qui se trouve compris dans ces ouvrages.

Mais cette nouvelle édition renferme d'autres additions plus utiles. Ainsi M. Martinet a mis à contribution les recherches les plus récentes en thérapeutique, ce qui donne une valeur réelle à son livre, et le rend très-utile à un grand nombre de praticiens qui, étrangers au mouvement scientifique, sont bien-aises de trouver réunis et résumés dans un court espace, les principes de traitement que l'on peut raisonnablement déduire des recherches et des travaux tant anciens que modernes. Envisagé sous ce point de vue, un tel ouvrage devait être terminé par un Formulaire. Celui de M. Martinet renferme 323 formules au choix des praticiens.

Les principaux changemens qui distinguent cette deuxième édition de la première, consistent dans quelques expressions nouvelles, dans une coupure différente des chapitres, et surtout dans un ordre plus rationnel des matières.

1



MÉMOIRES

ET

OBSERVATIONS.

AOUT 1835.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards, faites à la Salpétrière par MM. HOURMANN, *agrégé à la Faculté, médecin du Bureau central;* *et* DECHAMBRE, *interne des hôpitaux.*

Maladies des organes de la respiration.

Les maladies des vieillards présentent une physionomie particulière qui, jusqu'à ce jour, a plutôt été aperçue qu'exactement déterminée. Quelques médecins du dernier siècle, notamment Floyer (*Medicina gerocomica*, Londini, 1724); Welsted (*de vergente ætate*, ibid.); Fischer (*Tractatus de senio*, 1760), ont bien tenté de faire saillir les caractères propres à la pathologie du vieil âge, mais leurs efforts ne devaient aboutir qu'à de simples esquisses; et si de nos jours des travaux d'une importance incontestable sont sortis de cette source d'étude, dirigés surtout dans le but d'éclairer des questions générales, c'est dans ce sens presque exclusivement que les faits y sont présentés, et la *spécialité* des maladies des vieillards ne s'y trouve, en définitive, qu'implicitement reconnue.

Il est temps, aujourd'hui que la science se repose des discussions qui l'ont tant agitée, et qu'il soit permis enfin d'aborder les détails de son immense domaine, d'appeler sur ce point une étude plus directe. Il y a là un vide que Pinel avait signalé, et qui reste toujours à combler.

Un premier fait qui domine ici l'observation, c'est la faiblesse du mouvement réactionnaire, l'isolement et l'étroite localisation du trouble morbide; aussi la marche imprimée aux études médicales, et qui s'efforce de rattacher à l'organisation et aux actes physiologiques qui en dérivent immédiatement tous les phénomènes des maladies, est-elle particulièrement applicable à la pathologie des vieillards. Des notions positives sur les modifications que l'âge apporte dans la texture des organes, et par suite dans le mécanisme des fonctions, peuvent seuls nous expliquer ces traits spéciaux sous lesquels se montre habituellement l'ensemble des symptômes, et dissiper l'obscurité dont s'enveloppent parfois les lésions les plus graves.

C'est surtout dans cet esprit que nous avons conçu nos recherches et que nous nous proposons de les poursuivre.

Les maladies des organes de la respiration seront l'objet de notre premier examen clinique. Leur fréquence extrême chez les vieillards, leur gravité, principalement à l'état aigu, et, dans ce dernier cas, la forme symptômatique irrégulière qu'elles peuvent revêtir, et qui trop souvent encore trompe les investigations les plus actives du diagnostic, toutes ces circonstances ont dû, dès l'abord, arrêter notre attention.

Fidèles au plan que nous nous sommes tracé, nous commencerons par nous bien pénétrer des changemens qu'a subis l'appareil respiratoire par suite des progrès de l'âge, tant sous le rapport anatomique que sous le rapport physiologique. Il est à peine utile d'établir que, resserrant nos inductions dans les limites des faits qu'il nous est donné

de constater, nos recherches n'ont trait positivement qu'aux *vieilles femmes*, qui en font le sujet exclusif (1).

État anatomique de l'appareil respiratoire chez les vieilles femmes.

§. I.er *Thorax.* — Le thorax, chez les vieilles femmes, présente deux états bien différens qui méritent d'être signalés.

L'un d'eux doit fixer l'attention, non pas comme propre à cet âge, mais tout au contraire comme constituant un cas remarquable d'exception; et si nous en parlons en premier lieu, c'est qu'étant lié à une certaine énergie vitale, et nous offrant par lui-même un reste de la vigueur de l'âge adulte, il nous permet d'arriver graduellement aux véritables altérations séniles de la cavité pectorale.

« *Qui habitu laxo, molliore, et florido*, dit Fischer (*de Senio*, p. 57), *prœditi sunt, et mares et feminœ, in illis forma corporis externa, non adeò graviter à pristinâ recedit quin abundantia vasorum sanguiferorum cum abundantiâ floridi sanguinis, in his senii annis pristinam egregiè conservat.* » On trouve à la Salpêtrière un assez grand nombre de ces vieillards dont parle ici Fischer. On les reconnaît à leur teint frais, à une légère coloration des pommettes, à la souplesse de leur peau, à la rareté et au peu de profondeur des rides. Voici dans quel état se présente le thorax de ces femmes.

Les mamelles sont encore volumineuses, le plus souvent

---

(1) Toutes les vieilles femmes sur lesquelles nous avons fixé notre observation pour ces recherches, dépassaient 60 ans d'âge; la plupart avaient atteint de 70 à 80 ans, plusieurs même, 85, 90 et au-delà. Nous devons dire tout de suite encore, que les altérations séniles de l'organisation ne sont point exactement calculables d'après le nombre des années, et qu'une décrépitude prématurée peut quelquefois amener à 60 ans une vieillesse réellement plus avancée qu'à 80; remarque qui d'ailleurs n'est pas nouvelle.

pendantes, mais conservant pourtant quelquefois une certaine consistance. Nous avions encore dernièrement dans les salles de l'infirmerie, une femme âgée de 82 ans, remarquable par sa fraîcheur, et dont les mamelles, assez volumineuses, avaient la fermeté des seins d'une femme de 30 ans.

Chez ces vieilles femmes, le thorax tout entier est recouvert d'un pannicule graisseux dont l'épaisseur est très-variable et quelquefois énorme. Les muscles sont bien nourris et d'une vive coloration rouge; les cartilages costaux ont conservé une partie de leur blancheur, de leur souplesse; il n'y en a souvent pas un seul d'ossifié. L'élasticité, la texture intime du sternum et des côtes sont peu différentes de ce qu'on les trouve dans l'âge adulte. L'ensemble du thorax n'en a pas moins subi habituellement, dans sa conformation, quelques changemens. Le plus commun est un applatissement latéral à sa partie supérieure, de manière que le diamètre antéro-postérieur est sensiblement augmenté aux dépens du transversal. Aussi la poitrine, vue par sa face antérieure, paraît-elle très-étroite au niveau des aisselles.

Avec cette disposition, tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, la cavité thoracique va toujours en s'élargissant jusqu'à sa partie inférieure, et elle représente alors une pyramide à large base et tronquée à son sommet; tantôt au rétrécissement supérieur s'en joint un autre peu profond, circulaire, au niveau de la huitième côte environ. Mais, comme le premier, nous ne ferons que l'indiquer ici, parce que tous les deux, beaucoup plus marqués que dans la seconde forme du thorax dont nous allons nous occuper, seront l'objet d'un nouvel examen.

Cette seconde forme, la plus fréquente à beaucoup près, se montre plus ou moins prononcée suivant les sujets.

La cavité de la poitrine est notablement modifiée dans son ensemble. L'applatissement latéral supérieur dont nous

avons parlé peut être porté à un point extrême, ainsi que l'a très-bien indiqué Sœmmerring. Nous l'avons vu, dans quelques cas, produire une gouttière tout-à-fait semblable à celle qu'on rencontre chez les rachitiques. Par suite de cette disposition, la courbure postérieure des côtes se trouve augmentée et fait une forte saillie arrondie, quelquefois même anguleuse, de chaque côté de l'épine dorsale; et comme la déformation ne se fait pas toujours d'une manière égale, soit des deux côtés, soit du même côté, il en résulte, dans ce dernier cas, une surface inégale et raboteuse qui gêne l'auscultation immédiate, et dans le premier une différence dans la saillie des deux côtes qu'on attribue trop souvent à des déviations de la colonne vertébrale.

La mobilité du sternum et la conformation naturelle des côtes en avant, font que le demi-arc antérieur de celles-ci, au lieu de prendre une courbure forcée comme le postérieur, s'alonge, au contraire, porte le sternum en avant, de telle sorte que l'ensemble de toutes ces pièces représente assez bien deux plans inclinés se rencontrant en avant, et dont l'angle de réunion aurait été tronqué.

Toutes ces déformations ne peuvent être imputées qu'à l'état sénile. Il en est d'autres qu'on doit attribuer à l'usage du corset. Telles sont celles que nous avons déjà indiquées, et qui ont pour effet de rétrécir la base du thorax. C'est avec raison qu'on a comparé alors la forme de celui-ci à celle d'un petit baril. Mais, dans beaucoup de cas, ce n'est pas précisément vers sa marge que la base de la poitrine se trouve ainsi resserrée, mais bien vers un niveau élevé au-dessus de cette marge de trois ou quatre travers de doigt; la marge elle-même, au lieu de rentrer dans la cavité abdominale, est au contraire déjettée en dehors, évasée, et le rebord des derniers cartilages vient faire une forte saillie sous les parties molles. De cette façon le thorax, dans son ensemble, serait plutôt comparable à ces

vases antiques à pied élargi et séparé du reste par un col plus ou moins rétréci. La disposition que nous signalons ici est fort importante à connaître, car elle entraîne, soit dans les rapports, soit dans la conformation des viscères sous-jacens, des changemens qui n'ont point été indiqués. Ainsi le foie, loin d'être toujours repoussé vers la poitrine, expulsé au contraire comme par énucléation de la région hypochondriaque, se trouve le plus souvent abaissé dans la cavité abdominale. On trouve à l'autopsie la portion évasée du thorax dont nous avons parlé, fortement appliquée contre la face supérieure du foie, et celle-ci conserve souvent l'empreinte de la pression qu'elle a éprouvée au niveau du rétrécissement.

Nous dirons de suite aussi, pour rapprocher l'effet de sa cause, que le poumon droit, dans certains cas, a subi dans sa forme une modification singulière. Il n'est plus relevé et comme *ramassé* vers le sommet du thorax; il s'alonge en suivant le retrait du foie, de telle sorte que les différences de longueur et de volume s'affaiblissent et disparaissent même bientôt entre les deux poumons.

Dans cette espèce de déformation, le sternum tend toujours à se porter en avant; mais en même temps que la fixité de la clavicule et de la première côte ne peuvent lui permettre que des mouvemens restreints dans ce sens, l'appendice xyphoïde, soumis à la dépression circulaire dont il s'agit, se trouve repoussé en arrière au point que parfois il se cache derrière les cartilages des dernières vraies côtes assez rapprochées pour s'avancer et même se croiser au-devant de lui, comme M. le professeur Cruveilhier l'a déjà remarqué. (V. *Traité d'anat. descrip.*, T. I.er, p. 206).

Ce changement forcé dans la direction du sternum, agissant en sens inverse sur ses deux extrémités, entraîne une sorte de diastasis dans l'articulation des deux pièces supérieures, et une voussure toujours très-prononcée à son niveau. Ce fait n'avait pas non plus échappé à Sœmme-

ring, qui note à ce propos le changement opéré dans le rapport des plans antérieurs du thorax et du bassin. Ces plans ne se correspondent plus, le premier dépassant souvent de beaucoup le second, tandis que c'est, dit-il, le contraire chez les vieillards (hommes).

Mais ce n'est pas seulement suivant le diamètre horizontal que la cavité pectorale éprouve des altérations, il en est de même du diamètre longitudinal.

Tous les anatomistes ont noté une diminution dans la hauteur des disques intervertébraux sur le squelette du vieillard. Ces fibro-cartilages disparaissent quelquefois complètement. On trouve dans les auteurs des faits remarquables en ce genre. Ainsi Fischer rapporte l'histoire d'un homme âgé de 100 ans, et chez lequel neuf vertèbres furent trouvées réduites en une tige toute osseuse. La même altération a été rencontrée par Boerhaave (*Prælect.*, t. III, p. 725), dans toute la longueur de la colonne vertébrale. Nous n'avons jamais vu une fusion aussi étendue des pièces de cette colonne, mais rien n'est plus commun qu'une soudure partielle comprenant trois à quatre vertèbres.

Les uns avec Haller (*Phys.*, t. VIII, p. 88), attribuent cette disparition des fibro-cartilages intervertébraux à leur absorption; les autres pensent avec Morgagni (*Advers. anat.*, t. III, p. 104), qu'ils sont simplement envahis par l'ossification. Nous avons cru constater bien plus souvent le premier mode d'altération que le second, le corps des vertèbres restant toujours distinct et diminuant en hauteur plutôt qu'il n'augmente en ce sens. Du reste, tous les observateurs, et c'est là pour nous le fait important, s'accordent à admettre, comme conséquence, un raccourcissement absolu de la colonne.

En outre, à mesure que l'âge enlève aux muscles la force de maintenir le tronc dans sa rectitude, celui-ci tend à s'incliner en avant; les faces planes du corps des vertèbres

s'appliquent fortement contre la partie antérieure des disques qui les séparent. Aussi est-ce dans ce dernier sens, comme Seïler le note dans sa thèse (*Anat. corp. hum. specimen*, 1799), que la soudure se fait d'abord, ce qui rend l'inflexion permanente. Cette inflexion se rencontre à des degrés variables et s'opère surtout dans les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales. Chez quelques-unes de nos vieilles femmes elle est si prononcée, que le scapulum a éprouvé une véritable bascule qui porte directement en avant la fosse sus-épineuse. La région cervicale fait un angle presque droit avec la dorsale, et le menton vient s'appuyer contre le sternum. En même temps que cette incurvation a lieu, une autre s'opère inverse dans la région lombaire, dont la convexité repousse fortement en avant la base de la poitrine qui s'ouvre comme *béante* à l'épigastre au milieu duquel se relève alors l'appendice xyphoïde.

Du double fait que nous venons de signaler, savoir, le raccourcissement et l'inclinaison de la colonne vertébrale, il résulte, comme l'a fort bien vu encore Sœmmering, que l'intervalle diminue entre le rebord inférieur de la cavité thoracique et l'épine iliaque, et que, d'autre part, les côtes tendent à se rapprocher, principalement en avant. Et si, à cette observation, nous joignons cette autre que nous avons souvent faite, savoir, que par suite de l'applatissement latéral du thorax, les côtes sont soumises à une torsion qui, détruisant l'obliquité de leur face externe, déjette cette face *directement* en dehors, et dispose les bords perpendiculairement les uns au-dessus des autres, comme les pièces d'une jalousie fermée, nous comprendrons comment les espaces intercostaux doivent se trouver rétrécis, ce dont, au reste, il est facile de s'assurer.

Enfin Seïler (*loco citato*), a encore noté comme conséquence de l'inclinaison de l'épine en avant, l'alongement, le tiraillement de ses muscles extenseurs, et le raccourcissement de ses fléchisseurs, raccourcissement qui devient

en effet permanent, comme cela arrive pour les muscles des membres long-temps tenus dans la flexion forcée, et qui se montre surtout on ne peut plus marqué dans les muscles sterno-cléido-mastoïdiens qui se tendent comme des cordes pour peu qu'on redresse la tête.

Après cet examen du thorax dans son ensemble chez les vieilles femmes, il nous reste à parler de chacune des parties qui le composent, considérées en elles-mêmes et indépendamment de leurs rapports.

Sauf le cas exceptionnel que constitue la première forme du thorax dont nous avons fait mention, on peut dire que le caractère général, commun, de la modification de texture qu'elles ont subie, est celui de l'amaigrissement, de l'atrophie.

La peau est d'un brun sale, rude, sèche, amincie. La saillie des mamelles a disparu; le mamelon seul, par son volume, en indique encore les vestiges. — Le tissu cellulaire sous-cutané est privé de graisse. Les muscles, d'une minceur quelquefois extraordinaire, semblent réduits à leurs faisceaux d'insertion.

Au milieu de cette atrophie générale, on peut en quelque sorte *anatomiser* la région thoracique. Ainsi il est facile de voir circuler le sang dans les veines flexueuses et larges qui rampent sous la peau. On les voit parfaitement se remplir dans l'expiration et se vider dans l'inspiration. On voit encore se tendre dans les mouvemens inspiratoires chacune des digitations du grand pectoral, lequel passe comme une faible languette au-devant de l'aisselle. On voit même quelquefois jusqu'à la ligne de jonction des côtes et de leurs cartilages, et les crêtes transversales de la face antérieure du sternum.

Le diaphragme reçoit aussi, des déformations du thorax, quelques changemens dans sa disposition. Le refoulement des côtes auxquelles il s'attache, l'abaissement du foie, ont pour effet de rapprocher ses insertions et de *plisser* sa sur-

face; chacun de ses plis peut même, comme cela a lieu pour les côtes, s'imprimer sur le foie en lignes profondément enfoncées. Nous ne ferons qu'indiquer ici les ossifications de son centre aponévrotique qui sont assez rares, et ne nous semblent pas, d'ailleurs, devoir exercer une grande influence sur l'acte respiratoire.

L'union est toujours complète entre les différentes pièces du sternum, à part l'appendice xyphoïde dont la soudure ne se fait que très-tard, et toujours après celle des petites pièces qui le composent. Le tissu de cet os est souvent très-raréfié; il n'offre plus que de larges aréoles circonscrites par des lamelles osseuses, fragiles, et remplies d'une espèce de pulpe rougeâtre, couleur lie de-vin. Dans ces cas, l'os se laisse aisément couper par le scalpel.

Les côtes sont généralement minces, légères, et d'une texture analogue à celle du sternum. Si l'on cherche à étendre leur arc, on n'éprouve pas ce sentiment de résistance élastique que donnent les côtes d'adulte; elles cèdent d'abord facilement, puis se cassent tout-à-coup en faisant entendre un bruit sec.

On regarde comme une chose commune et presque nécessaire chez le vieillard, l'ossification des cartilages costaux. Cette opinion n'est fondée, pour ce qui a rapport aux vieilles femmes, que pour le premier et le second de ces cartilages. Les autres sont moins souples, sans doute, que dans le jeune âge, mais nous affirmons que ce n'est que dans les cas les plus rares qu'on observe leur incrustation osseuse. Quand celle-ci s'opère, on sait qu'elle se fait toujours du centre à la surface, et en procédant ordinairement de l'extrémité externe vers l'interne. On rencontre ainsi quelquefois plusieurs noyaux d'ossification isolés au sein d'un même cartilage.

C'est aussi plus rarement qu'on ne le pense que se soudent les articulations chondro-sternales. Cette soudure se fait ordinairement par l'adhésion des surfaces articulaires;

mais, dans quelques cas, ce sont les petits ligamens capsulaires qui se durcissent, s'ossifient et forment une espèce d'étui qui embrasse l'extrémité sternale des cartilages, ainsi que l'a bien remarqué Gernet (*de Siccitate senili*, Lipsiæ, 1753).

Quant aux articulations costo-vertébrales, elles conservent le plus ordinairement leur mobilité jusque dans l'âge le plus avancé.

§. II. *Poumons.* — L'histoire physiologique de la respiration chez le vieillard, et par suite l'histoire pathologique de cette fonction, devant trouver dans l'état anatomique du thorax des documens nombreux, nous nous sommes attachés à faire saillir les détails qui nous ont le plus frappés dans la structure de cette région chez les vieilles femmes. Notre examen porté sur le poumon sera plus attentif encore. Il s'agit, en effet, de l'organe même, siége des affections que nous voulons étudier. L'anatomie pathologique, dans ces affections, doit souvent emprunter à une structure organique spéciale des caractères tout spéciaux, et la symptomatologie y puiser ses élémens les plus importans. D'un autre côté, l'observation n'est plus ici circonscrite comme pour le thorax, et ses résultats ne reconnaissant plus guères de distinction de sexe, deviennent d'une application générale.

Déjà, dans un mémoire inséré dans le *Journal de Physiologie* (t. I.er, p. 78), M. Magendie a signalé plusieurs traits propres à l'anatomie des poumons du vieillard. C'est principalement sur la structure intime que M. Magendie a dirigé son attention. Avant d'aborder ce point important, nous devons constater les différentes particularités de conformation extérieure que nous ont présentées les poumons sur le cadavre des vieilles femmes.

Nous avons fait pressentir plus haut ce que les changemens que nous notions dans le mécanisme du thorax pouvaient exercer d'influence sous ce rapport. Une corrélation

à-peu-près constante nous a paru en effet exister, dans ce cas, entre les organes et la cavité qui les récèle. Les poumons s'offrent donc, à l'ouverture de cette cavité, sous des aspects variables. On peut toutefois les rapporter à trois formes typiques qu'on voit parfois différer d'un poumon à l'autre, ou se mêler dans un même organe, mais qui n'en sont pas moins toujours distinctes et caractéristiques.

1.er *Type.* — Les poumons qui se rapportent à ce type sont contenus dans un thorax assez développé pour rappeler encore la forme primitive de l'âge adulte. C'est surtout chez ces vieilles femmes dont il a été question ci-dessus, à chairs abondantes et plus ou moins fermes, que nous les avons rencontrés. Ces organes n'éprouvent généralement presque aucun retrait à l'incision des parois de la poitrine. D'une teinte grise-cendrée, ils sont parsemés, en outre, de taches et de lignes d'un noir-foncé qui se rencontrent sous des angles multipliés, dessinent çà et là des lozanges plus ou moins réguliers et abondans, principalement vers le sommet, au niveau d'une dépression radiée dans son contour, espèce de cicatrice sur la nature de laquelle nous aurons occasion de discuter plus tard. Le cœur, quoique d'une dimension et d'une nutrition bien proportionnées, ainsi que les gros vaisseaux de sa base, sont cachés presque en entier par l'expansion des poumons qui les recouvre. La cavité des plèvres est remarquable par sa sécheresse ; le doigt promené à sa surface est à peine humide. Ce sont les poumons de ce type qu'on voit appliqués immédiatement sur le diaphragme, égaux en longueur comme en épaisseur à droite et à gauche, lorsque le thorax étranglé au niveau de la huitième côte a refoulé le foie vers la région abdominale. Extraits de la poitrine, ils donnent à la pression la sensation de la ouate ; la crépitation est peu bruyante, bien sensible, et la rénitence du tissu très-prononcée. Le poids de ces organes, quoique considérable,

est loin de répondre à leur volume qui peut s'accroître immédiatement par l'insufflation, au point qu'ils ne peuvent plus rentrer dans la poitrine. La forme conique est bien conservée. En un mot, l'aspect extérieur diffère fort peu de l'aspect des poumons de l'adulte; mais une particularité importante à noter, et que nous avons constatée toutes les fois que le thorax offrait l'aplatissement latéral à un certain degré, c'est la disposition du grand sillon interlobaire. Ce sillon qui, chez l'adulte, laisse tout-à-fait en haut le lobe supérieur des poumons et s'avance obliquement vers la racine pour éprouver à droite la subdivision qui laisse exactement à la partie moyenne le lobe central, et à gauche, exactement en bas le lobe inférieur; ce sillon est devenu vertical de telle façon, qu'à gauche le poumon présente ses deux lobes opposés dans un nouveau sens, l'un directement en avant, l'autre en arrière, et qu'à droite, le lobe moyen projetté en en bas se laisse surmonter par l'inférieur qui s'élève alors quelquefois au point de constituer le quart postérieur, et même plus, du sommet de l'organe. — C'est ainsi qu'une pneumonie du sommet peut occuper le lobe inférieur, comme nous le verrons plus tard.

2.e *Type.* — Ce deuxième type, le plus commun, se rapproche du premier par la régularité de sa forme, mais en diffère essentiellement par le volume. Ces poumons sont petits, légers, peu susceptibles de développement par l'insufflation la plus forcée qui leur donne à peine la proportion convenable au thorax qui les renferme. Une sérosité limpide et plus ou moins abondante les baigne constamment dans la cavité des plèvres. Les taches et lignes noires qui maculent la surface sont beaucoup plus prononcées que dans les poumons du premier type. Si l'on comprime, la crépitation a un caractère particulier; elle est, on pourrait dire, moins bruyante et plus diffuse que dans le poumon de l'adulte. On voit coïncider avec ces poumons

un cœur peu développé, le thorax est remarquablement rétréci, en même temps que les parties molles qui le recouvrent sont faibles et amaigries.

3.ᵉ *Type.* — Les poumons de cette troisième espèce sont entièrement distincts de deux formes précédentes sous tous les rapports de l'aspect extérieur. Appliqués à la colonne vertébrale sur laquelle ils semblent se mouler sans retrait apparent, ils représentent une masse inégalement bosselée qu'entoure, comme dans le cas précédent, un liquide séreux limpide, mais bien plus abondant, variable toutefois en quantité, suivant que ce liquide est, ou non, traversé par des adhérences anciennes lamelleuses et filamenteuses qu'on rencontre surtout vers la dépression du sommet. L'inégalité de la surface n'est pas d'ailleurs le seul trait qui caractérise ces poumons. Livides et flasques, ils n'ont plus aucune apparence de la forme conique propre à ces organes, et souvent le sommet a plus de volume que la base. La division des lobes n'est pas moins remarquable. Ces lobes ne sont quelquefois unis que par un pédicule aplati et mince qui les laisse comme flottans; les scissures proprement dites ont disparu. L'insuflation ne fait que rendre plus évidentes encore ces diverses déformations, et tout en les pénétrant avec facilité, n'accroît que fort peu leur volume. Ils sont d'une légèreté extrême. Enfin, au toucher ils donnent une sensation qu'on ne peut mieux comparer qu'à celle que donne une tresse de filasse.

La crépitation est *sourde*, *lente*. Le cœur est petit, souvent dans un véritable ét t d'anémie, et le thorax présente au plus haut degré le marasme squelettique que nous avons décrit.

Structure intime. — On a pu suivre dans les détails que nous venons d'exposer, la succession des changemens par lesquels les poumons s'éloignent, chez les vieillards, de la forme et de l'aspect des poumons de l'adulte, et comment a procédé jusqu'à présent, l'altération sénile de ces orga-

nes, toujours directement correspondante avec celle du thorax. Nous retrouvons, à propos de la structure intime, un rapport non moins constant entre les parties contenantes et les parties contenues, et qui tend de plus en plus à ménager les transitions à l'aide desquelles s'établissent les différences d'organisation entre les deux âges.

M. Magendie a posé comme fait fondamental dans la structure intime des poumons des vieillards, l'accroissement de la grandeur des cellules, d'où résulte une légèreté spécifique considérable. Nos observations sont en accord tous ces points (1). M. Magendie a également bien vu que ces changemens dans la texture pulmonaire par les progrès de l'âge, sont d'autant plus prononcés que le vieillard conserve moins des restes de la vigueur de l'adulte. Toutefois il est évident que cet habile physiologiste n'a arrêté son attention que sur celle des variétés de poumons des vieillards dans laquelle la cacochymie sénile a atteint son dernier degré, comme on peut le voir d'après le type unique qu'il adopte pour sa description, et surtout la figure qu'il en donne dans la planche annexée au mémoire. (*V. fig. D. loco citato*).

Il est à regretter que cette préoccupation ait détourné M. Magendie d'un examen plus complet. Cet examen eut, peut-être, modifié l'opinion qu'il professe relativement à l'organisation pulmonaire, opinion qui renverse toutes les idées le plus généralement reçues sur ce sujet, tandis que la structure celluleuse du poumon du vieillard, poursuivie dans toutes ses phases, nous paraît destinée à asseoir

---

(1) Des expériences directes que nous avons entreprises sur la capacité et l'élasticité des poumons des vieillards; expériences dans lesquelles M. le professeur Pelletan veut bien nous aider de ses conseils, et que nous publierons dans un prochain article, nous permettront de donner en même temps nos propres observations sur la pesanteur absolue et spécifique de ces organes. (V. *Respiration chez les Vieillards*; 2e partie de ce Mémoire).

ces idées plus que jamais. Nous allons, du reste, l'exposer telle que nous l'avons constatée dans les trois formes typiques que nous avons admises.

Notre procédé, dans cette étude, a été le même que celui de M. Magendie, sauf l'insuflation. Les poumons simplement desséchés n'ont pu ainsi nous présenter que la texture qui leur est parfaitement naturelle.

I[er] *Type.— Poumons volumineux, remplissant un thorax développé, et dont les parties molles ont conservé un embonpoint marqué.* — Lorsqu'un poumon appartenant à ce type a été soumis à la dessication, voici ce qu'on découvre sur une lame mince obtenue par incision. Si l'on regarde cette lame à contre-jour, on la voit criblée de trous exactement arrondis, et rapprochés comme les mailles d'une dentelle. Le diamètre de ces trous est d'un quart de ligne environ; leur circonférence n'est interrompue dans aucun point, de manière qu'ils constituent des cellules parfaitement régulières et *partout indépendantes.* (*V.* pl. fig. 3).

Des tractus linéaires qui représentent les lignes lozangiques de la surface, divisent la lame pulmonaire en compartimens de diverses grandeurs, et limitent les lobules dans l'épaisseur du parenchyme. D'autres tractus plus déliés et arborescens se subdivisent à l'infini dans l'intervalle des premiers. La loupe les fait aisément reconnaître pour des vaisseaux qu'on distingue jusqu'au contour des cellules dans lequel ils se consument (1).

(1) Pour acquérir des notions plus précises sur la vascularité des poumons des vieillards, nous avons voulu recourir aux injections artificielles. Quelle qu'ait été la forme typique des poumons dans lesquels l'injection a été poussée, ainsi que la matière employée parmi celles mises en usage dans ces cas, quelles qu'aient été d'un autre côté les précautions prises, le résultat définitif a constamment amené l'oblitération des cellules, et la confusion de tous les élémens anatomiques dans les lobules. La simple injection sanguine dont les poumons les plus sains sont le siége, nous a seule servi à établir cette vascularité que nous recherchions. L'injection hypérémique du premier degré des congestions morbides confirmera, d'ailleurs, plus tard, ce que nous énonçons sur ce point d'anatomie de texture.

II.e *Type. — Poumons de forme régulière, mais petits, baignés de sérosité. Thorax rétréci, parties molles, minces et amaigries.* — Une lame obtenue par incision de ces poumons desséchés présente une texture celluleuse, qui, tout en se rapprochant de celle que nous venons d'examiner, en diffère néanmoins sous plusieurs rapports. Ce n'est plus cette forme arrondie des cellules qui était si marquée et si constante; elles s'alongent ici en ellipse de manière à offrir une série de fentes d'une ligne quelquefois d'étendue dans leur plus grand diamètre, et que terminent deux commissures plus ou moins anguleuses. — Les tractus vasculaires ont subi le même alongement, et leurs divisions, recherchées à la loupe, sont manifestement moins multipliées. Les lignes qui tracent les lobules sont, du reste, encore assez distinctes, et les cellules, quoique déformées, ne cessent pas d'être toujours bien indépendantes et limitées par une circonférence régulière. (*V*. pl. fig. 4).

III.e *Type.— Poumons de forme irrégulière, flétris, baignés dans une sérosité abondante, et appliqués à la colonne vertébrale, dans un thorax rétréci et réduit à l'émaciation squelettique.* — Les cellules pulmonaires n'offrent plus désormais aucune forme distincte. Le parenchyme est converti en une sorte de spongiosité dont les aréoles ne présentent aucun arrangement déterminé. La lame du poumon ne peut plus être comparée qu'à un réseau déchiré dont les débris interceptent des espaces aussi variables dans leur étendue que dans leur figure. La loupe n'aperçoit qu'à peine quelques branches vasculaires, ténues et rares, et toute division lobulaire s'efface. (*V*. pl. fig. 5).

Telle est la conformation celluleuse que des observations répétées, d'après le procédé de simple dessiccation que nous avons indiqué, nous ont constamment présentée dans des poumons qui, conservant d'ailleurs toute la perméabilité nécessaire à la libre circulation de l'air dans leur intérieur, et appartenant à des sujets qui n'avaient éprouvé pendant

la vie aucun trouble notable de la respiration, doivent être considérés comme offrant une disposition organique qu'on peut dire normale, au milieu des altérations qu'entraîne l'état sénile.

Cet emphysème naturel ne pouvait manquer de fixer une observation attentive; mais il était important d'en suivre les progrès, pour ne laisser échapper aucune de ses nuances, en bien préciser le terme, et distinguer désormais les modifications purement séniles des lésions morbides proprement dites.

Bornée dans les poumons de notre premier type au simple agrandissement des surfaces, la raréfaction du tissu n'a encore altéré en rien la forme des cellules, qui devient même plus distincte par l'espèce d'éxagération qu'elle a subie. Pour donner aux inductions de nos recherches toute la rigueur possible, nous devions comparer ici le poumon de l'adulte et le poumon du vieillard qui se rapprochent encore par tant de points de contact, et *mesurer* réellement leurs différences sous le rapport de la grandeur des cellules. Cet examen comparatif nous était commandé par le travail de M. Magendie.

Nous avons donc soumis à la dessiccation, et toujours sans insufflation préalable, des poumons d'adulte de 30 à 40 ans. Nous avons constamment reconnu sur les lames de ces poumons, mises en regard avec une lame de poumon de vieillard du type dont il s'agit, une différence de près de moitié en moins dans le diamètre des cellules. Ainsi les cellules du poumon du vieillard ayant un quart de ligne (*V*. pl. fig. 3); celles du poumon de l'adulte n'ont présenté qu'un huitième, ou au plus un sixième de ligne. (*V*. pl. fig. 2). Poursuivant ensuite cet examen comparatif, en descendant plus bas dans la série des âges, nous avons encore mesuré sous le même rapport les cellules du poumon chez des enfans de quatre à six ans, et là nous n'avons plus trouvé qu'un douzième de ligne

environ. (*V.* pl. fig. 1.re). Enfin, chez un enfant nouveau-né à terme et qui avait respiré, les cellules du poumon ne se présentaient guères que comme les pertuis résultant des piqûres de l'aiguille la plus déliée.

D'où cette loi définitivement et tout d'abord établie, que M. Magendie avait déjà formulée, mais qu'on peut dire qu'il avait prévue plutôt que démontrée, puisque ses recherches ont été incomplètes; loi d'après laquelle, sous un même volume, le poumon perd de sa densité, et offre à l'hématose un espace qui tend à diminuer en raison du progrès de l'âge; ce que prouve, de reste, la succession croissante des altérations séniles.

Si la raréfaction est, en effet, peu marquée dans les poumons du premier type, elle se prononce déjà d'une manière notable dans le second. Non-seulement les cellules se déforment, mais l'alongement et l'atténuation de leurs parois rendent leur fusion imminente. La totalité de l'organe s'affaisse. Mais c'est dans les poumons du troisième type que la raréfaction atteint, comme on l'a vu, son plus haut degré, et aboutit à une véritable désorganisation.

Nous ferons ressortir une dernière fois la progression et l'invariable simultanéité avec laquelle s'altèrent toutes les parties qui concourent à l'acte de la respiration chez le vieillard. Ainsi l'on voit le thorax s'accommoder incessamment dans son atrophie à l'atrophie des poumons, opérer son retrait en raison du retrait de ces organes, et l'épuisement de la vascularité, toujours en rapport avec l'épuisement de la texture, décéler la proportion directe qui ne cesse d'exister entre l'affaiblissement de la puissance chimique et le déchet des forces mécaniques.

Un fait encore sur lequel nous voulons appeler l'attention, et qui se concilie avec les observations qui précèdent, c'est l'épanchement de sérosité limpide dans la cavité des plèvres, qui accompagne la flétrissure de plus en plus

marquée des poumons des deux derniers types, épanchement qui contraste si singulièrement avec la sécheresse de la membrane qui revêt les poumons volumineux du premier. Ne doit-on pas être porté à voir ici une analogie complète entre cet épanchement et l'accumulation de sérosité qui s'effectue dans la cavité crânienne lors de l'atrophie du cerveau, et ne pourrait-on pas invoquer une argumentation semblable à celle que M. Magendie a développée dans ce cas, à propos du vide qui tendait à s'opérer dans le crâne, et que la sérosité était destinée à combler? En effet, le thorax, dans son affaissement, n'a-t-il pas des limites, et lorsque celui-ci est le plus complet, n'est-il pas encore insuffisant pour pouvoir appliquer les parois sur les poumons qui atteignent le terme de l'exténuation sénile? Du reste, nous n'émettons cette proposition qu'avec la réserve qui convient; nous aurons occasion de la reprendre plus tard.

Si maintenant on suit dans le mémoire de M. Magendie la structure celluleuse qu'il assigne au poumon du vieillard, et qu'il réduit à une intrication de lacunes semblable à une *écume légère* (page 81), n'est-il pas bien évident, comme nous l'avons dit, que cette description ne s'applique qu'au dernier degré de l'altération sénile de ces organes, et demeure ainsi au moins incomplète?

Enfin, comme nous l'avons dit encore, si l'on tient compte de toutes les phases que parcourt la raréfaction du tissu, le simple agrandissement des surfaces qui marque son début, n'est-il pas propre, en grossissant, pour ainsi dire, la conformation intime, à fournir des inductions générales sur la texture pulmonaire; et loin de rappeler les idées d'Helvétius, comme le fait la doctrine de M. Magendie, dans laquelle un lobule du poumon n'est, en définitive, *qu'un réseau confus dont les aréoles communiquent toutes entr'elles*, l'extrême régularité des cellules si distinctes dans ce premier degré de la raréfaction n'est-elle

pas, au contraire, toute favorable à la théorie de Willis, qui voulait leur texture vésiculaire, et surtout à celle de de Resseisen qui a tant insisté sur leur indépendance ? Ce qui nous reste à exposer de nos observations sur la texture des lobules du poumon chez le vieillard vient de nouveau appuyer cette dernière théorie, et se trouve, en tous cas, cette fois, en opposition formelle avec celle de M. Magendie.

Dépassant les idées d'Helvétius, M. Magendie n'admet pas même de tissu cellulaire proprement dit dans les lobules pulmonaires. Ce sont les vaisseaux seuls qui, arrivés à leurs divisions extrêmes, circonscrivent par leurs anastomoses dans tous les sens les espaces resserrés où l'air pénètre et ne se trouve séparés du sang que par la faible épaisseur de leurs parois. Là où commencent les lobules, là finissent les bronches et la membrane muqueuse qui les tapisse. Ce ne serait que la destruction atrophique des vaisseaux pulmonaires qui amènerait progressivement la raréfaction sénile du parenchyme.

Voici ce que, même à l'œil nu, nous avons aperçu relativement à ces derniers élémens de la structure des lobules. Ici encore la raréfaction agrandit le champ de l'observation, et aidera peut-être de plus en plus à la solution de tant de questions indécises.

Au centre des groupes des cellules, à quelque type qu'appartinssent les poumons dont nous examinions les lames désséchées, se dessinaient çà et là des canaux étroits et alongés, et dont une seule paroi incisée laissait voir le fond percé de trous disposés sur une même ligne et plus ou moins multipliés. Quelquefois la coupe n'intéressant qu'une partie de la paroi divisée, le canal se trouvait alors taillé en bec de plume, et l'on pouvait y introduire obliquement un stylet fin ou une soie de sanglier. Le diamètre de ces canaux variait d'un quart de ligne à une demi-ligne ; il s'en séparait parfois des petites branches collatérales très-déliées, mais qui ne tardaient pas à se fondre dans la

cribluro générale de la lame pulmonaire. Dans l'aire des cellules les plus parfaitement arrondies, mais notamment dans les cellules irrégulières des poumons au dernier degré de raréfaction, il était aisé de distinguer une pellicule mince et transparente qu'on voyait surtout très-bien en inclinant la lame pulmonaire, pour peu que celle-ci eût une certaine épaisseur, et qu'on sût varier l'inclinaison à divers degrés. Cette pellicule translucide, tout-à-fait semblable à celle qui formait les parois des canaux dont on vient de parler, se découvrait alors adhérente par son bord au contour des cellules, flottante et plus ou moins irrégulièrement découpée à son bord libre. Quelques cellules, celles principalement qui appartenaient à des lames prises à la superficie des poumons, étaient complètement closes par la pellicule, et quelle que fût l'inclinaison qu'on imprimât aux lames, il était impossible d'apercevoir aucun orifice dans le fond de l'espèce de cul-de-sac qu'elle fermait. D'autres cellules vues directement et en face, paraissaient aussi closes; mais examinées obliquement, on ne tardait pas à entrevoir dans la pellicule de leur fond une fente qui ouvrait ces cellules sur l'un des côtés de leur circonférence. C'est sur cette pellicule, dans les cas de congestion hypérémique, que la loupe peut saisir la disposition des capillaires les plus ténus, c'est elle qui les soutient manifestement.

Quelle est la nature de ces canaux qu'on voit ainsi dans le centre des lobules? Que sont ces pellicules minces qui s'avancent dans l'aire des cellules?

Il est impossible, suivant nous, de méconnaître dans les premiers des divisions extrêmes des bronches que le hasard de l'incision a ménagées dans leur trajet, et dans les pellicules des cellules, les parois incomplètes de ces mêmes divisions dont la coupe a été plus nette et plus perpendiculaire. Les trous qui percent le fond des canaux, qui se rangent sur une même ligne et qu'on ne peut considérer que comme des subdivisions de ces canaux coupées

à leur origine, sont bien en accord avec ce qu'a dit Resseisen de la disposition en grappe des bronches lobulaires réduites à la muqueuse ; enfin, ces cellules complètement fermées de la superficie du poumon sont-elles autre chose que leurs ampoules terminales que l'incision a laissées intactes ? En tous cas, la trame des lobules n'est pas exclusivement vasculaire, et l'atrophie sénile s'exerce sur plus d'un élément de texture.

Nous terminerons ici cette première partie de notre travail sur l'histoire anatomique des poumons des vieillards. Reste l'étude des troncs bronchiques et de leurs grandes divisions, et celle de leur membrane muqueuse; études, certes, fort importantes ; mais pour rapprocher toujours, d'après notre plan, l'état physiologique de l'état pathologique, nous reportons l'anatomie et la physiologie de ces canaux à l'époque où nous nous occuperons spécialement de leurs lésions.

Nous nous bornerons à dire pour le moment, que la raréfaction sénile s'étend à tout l'arbre bronchique qui a éprouvé une ampliation générale. Nous remarquerons surtout que la muqueuse pulmonaire chez le vieillard, est le siége habituel d'une sécrétion abondante, véritable bronchorrhée physiologique.

Explication de la planche.

N.° 1. Lame du poumon d'un enfant de quatre ans.

N.° 2. Lame du poumon d'une femme adulte.

N.° 3. Lame de poumon de vieille femme (Premier type). Premier degré de raréfaction du tissu. Cellules arrondies et parfaitement isolées.

N.° 4. Lame de poumon de vieille femme (deuxième type). Deuxième degré de raréfaction du tissu. Cellules alongées en ellipse, mais toujours distinctes et indépendantes.

N.° 5. Lame de poumon de vieille femme (troisième type). Dernier degré de raréfaction du tissu. Irrégularité et fusion des cellules.

N.° 6. Torse d'une vieille femme de 75 ans. Thorax déformé par le marasme sénile et l'habitude du corset. A. gouttière, suite de l'applatissement latéral supérieur. B. Rétrécissement de la base par pression du corset.

Note sur les propriétés emménagogues de l'aconit ; par M. West, de Soulz, docteur en médecine de la Faculté de Strasbourg.

Depuis que l'aconit est entré dans le domaine de la thérapeutique, les praticiens ont essayé ce médicament avec des succès variés dans un grand nombre d'affections ; mais il n'est pas à notre connaissance que jusqu'à ce jour ils l'aient employé contre l'aménorrhée.

Je vais esquisser en peu de mots l'emploi médical de ce remède, et indiquer ensuite par quelle voie nous sommes arrivés à lui reconnaître une action avantageuse dans la suppression des règles.

On sait que Storck le premier a vanté la puissance de l'aconit contre les affections arthritiques. Boehmer, Chapp, Rosenstein, Royer-Collard, et récemment M. Lombard, de Genève, disent l'avoir donné avec succès dans les mêmes cas, tandis que MM. Fouquier et Récamier ne lui ont reconnu sur ce genre de maladie aucune influence spéciale. MM. Biett, Tommasini et Bréra l'ont essayé avec plus ou moins d'effet dans quelques affections de la peau qui paraissaient reconnaître une cause syphilitique. Portal, après quelques essais, a abandonné son administration dans la phthisie pulmonaire, tandis que Busch et Beaumes l'ont trouvé avantageux dans le premier degré de cette maladie. Syrus Borda vante son action dans la péripneumonie, comme d'autres praticiens la recommandent dans des blennorrhagies qu'ils supposent dues à un principe psorique ou rhumatismal.

Klitten, de Wittemberg, l'a uni au calomel pour combattre quelques affections qui sont la suite de la scarlatine ; Bréra l'a mêlé à la ciguë et au calomel pour l'opposer à l'angine de poitrine ; Vogt le conseille dans la paralysie de quelques régions peu étendues ou dans les spasmes de ces mêmes parties. Enfin d'après les homœopathes l'aconit se-

rait un spécifique dans la pneumonie et un préservatif contre une forme particulière de la scarlatine.

Dans ces derniers temps on a discuté sur le principe actif de l'aconit et sur la meilleure forme pharmaceutique à lui donner. Selon les uns, son action est due à un alcaloïde végétal, l'aconitin ; selon les autres, elle réside dans une substance éminemment volatile. Les premiers disent que l'extrait aqueux est la forme la plus convenable; les seconds préfèrent la teinture alcoholique. Mais l'usage général et les expériences concluantes de M. Orfila feront toujours regarder l'extrait aqueux comme la préparation la plus énergique et la plus avantageuse pour le praticien.

Les avis ont été également partagés sur la dose à laquelle il convenait de prescrire l'aconit. Mais quoique la puissance toxique de ce remède soit énergique, et que son administration exige des précautions, plusieurs praticiens en ont exagéré les dangers, qui paraissent moins grands quand on voit Stoll en porter rapidement la dose à ∋ vij dans les vingt-quatre heures. Généralement on le donne en commençant, par un grain, deux ou trois fois par jour.

Quoi qu'il en soit, après avoir été prôné outre-mesure, l'aconit est aujourd'hui, surtout en France, mis au rang de ce grand nombre de médicamens auxquels les praticiens n'accordent aucune action spéciale, et qu'ils n'emploient que comme succédané d'autres remèdes plus énergiques.

En Allemagne, l'aconit n'est pas encore relégué dans un oubli aussi complet ; et sans lui supposer des effets que l'expérience n'a pas confirmés, les médecins allemands l'emploient encore dans quelques cas déterminés.

Ayant suivi pendant quelque temps les principales cliniques d'Allemagne, j'ai pu voir que les praticiens de Vienne sont ceux qui font le plus fréquent usage de ce remède, quoiqu'ils en bornent généralement l'administration à deux genres de maladies : la phthisie et les affections rhumatismales. Pendant le temps que j'ai fréquenté les services de cette école, où l'on dirait que tous les extraits

narcotiques ont été puiser leur célébrité, j'ai pu observer l'action de l'aconit dans un grand nombre de cas des affections que nous avons citées.

Dans la phthisie, l'aconit n'a jamais paru avantageux, et si quelquefois il agi comme calmant, son action était très-inférieure à celle des autres narcotiques; bientôt l'organisme s'était habitué à son action, et il fallait recourir à des sédatifs plus énergiques.

Plus souvent il a paru utile dans les affections rhumatismales; mais la marche et la physionomie de ces maladies sont si variées et si changeantes, qu'il était bien difficile d'établir s'il y avait des rapports de causalité ou de simple coïncidence entre l'administration du remède et la modification du mal. Mais parmi le grand nombre de malades atteints d'affections rhumatismales, qui affluent dans les services de l'école de Vienne, j'observai deux femmes sur lesquelles l'action de l'aconit dût paraître remarquable.

La première observation porte sur une femme de 27 ans, robuste et jouissant habituellement d'une bonne santé. Elle était affectée d'un rhumatisme articulaire du bras gauche, et ses règles étaient supprimées depuis trois mois, à la suite d'un refroidissement. L'affection rhumatismale fut combattue par l'extrait d'aconit uni au soufre doré d'antimoine. La femme entrait dans l'époque menstruelle lorsqu'elle prit le remède. Les règles reparurent, et le rhumatisme persista sans changement.

La seconde observation est celle d'une femme de 32 ans, ayant une suppression de règles depuis cinq mois, et affectée d'un rhumatisme général. Elle fut soumise à l'usage de l'aconit, les douleurs rhumatismales furent un peu diminuées, et la menstruation se rétablit.

Y a-t-il eu effet produit ou simple coïncidence entre la réapparition des règles et l'emploi de l'aconit ? Nous nous croyons autorisés à conclure en faveur de la première opinion, en nous appuyant sur les faits suivans.

Obs. I.re – Marie S.... , âgée de 35 ans , petite, mais fortement constituée ; fut réglée à 14 ans. Sa menstruation avait toujours été régulière, lorsqu'elle se supprima entièrement à la suite d'un bain dans lequel la malade s'endormit. Quelque temps après elle ressentit une douleur rhumatismale qui se fixa dans le bras droit et s'étendait aux régions pectorale et dorsale du même côté.

Trois mois après la suppression des règles, la malade mit en usage les saignées, les bains, et tous les médicamens dits emménagogues. Ils furent sans effet. Cet état durait depuis vingt-deux mois lorsque la malade vint me consulter.

Je prescrivis une saignée, et 30 grains d'extrait aqueux d'aconit en 30 pilules, prises huit jours avant l'époque des règles, en commençant par un graïn et augmentant graduellement la dose de manière à arriver à huit grains le jour ordinaire de la menstruation.

Le cinquième jour de l'usage de l'aconit, les pupilles parurent dilatées; la malade ressentit une douleur assez vive dans la région lombaire ; elle éprouvait le même malaise que lors de la première apparition des règles. La douleur alla en augmentant jusqu'au septième jour, et le huitième, époque ordinaire de la menstruation, les règles reparurent, coulèrent abondamment, et depuis dix huit mois n'ont éprouvé aucun dérangement. La douleur rhumatismale, après avoir un peu diminué, est revenue dans toute son intensité.

Quoique cet effet de l'aconit fût en concordance avec les deux cas précédemment cités, il me parut si extraordinaire que je dus attendre, avant de porter un jugement, le résultat de nouvelles observations qui ne tardèrent pas à se présenter.

Obs. II.e — Anne Boltz, âgée de 37 ans, cinq fois mère, d'une constitution faible et débilitée, présentait tous les symptômes de l'hystérie et de l'hypochondrie. Ses règles étaient supprimées depuis quatre ans et remplacées

par un écoulement blanc qui devenait plus abondant pendant l'époque menstruelle. Cet écoulement se supprima également, et depuis ce temps la malade éprouvait des tiraillemens dans le fond du vagin, et une sensation de pesanteur au fondement. Cet état durait depuis cinq mois, lorsque je prescrivis l'extrait d'aconit en pilules. La malade en prit trente grains en douze jours. Dès le dixième jour, les douleurs avaient diminué; le douzième elles cessèrent complètement et le flux blanc reparut; mais il cessa de nouveau trois mois après.

Dans ce cas on ne pouvait s'attendre à voir reparaître la menstruation; mais ce qu'il importait de constater, c'était l'action de l'aconit sur la matrice; elle fut manifeste. Il est à remarquer aussi que la réapparition de l'écoulement fut précédée par la cessation des douleurs dans le vagin.

Obs. III.e — Catherine G., âgée de 19 ans, grande, forte, bien constituée, eut ses règles à 16 ans et demi. Leur cours était bien établi depuis un an, lorsqu'il fut supprimé subitement à la suite d'un refroidissement pendant l'époque menstruelle. Au bout de cinq mois la malade éprouva de violens maux de tête et des coliques qu'elle dit être singulières. En même temps elle perd ses forces et son activité. A la suite d'une frayeur ces symptômes sont exaspérés et bientôt changés en véritables accès d'hystérie, dont le retour correspond à chaque époque menstruelle, et qui sont provoqués par toute émotion morale un peu vive. Je vis la malade un an après la suppression des règles; elle offrait alors tous les signes de la chlorose à un haut degré. J'ordonnai des bains généraux et locaux, une potion calmante, et 30 pilules d'extrait d'aconit à prendre huit jours avant la prochaine époque menstruelle. Deux jours avant l'époque indiquée, après l'usage de 20 grains d'aconit, les règles reparurent: cette fois elles durèrent deux jours de plus qu'à l'ordinaire, et furent suivies pendant quatre jours d'un écoulement blanc très-fétide. De-

puis ce moment les accès d'hystérie ne se sont point reproduits, et tous les signes de la chlorose tendaient à se dissiper.

Cette observation nous paraît la plus intéressante, tant par le caractère des symptômes qui étaient nettement tranchés, que par la guérison immédiate et complète qui suivit l'administration du remède.

Ces trois observations nous semblent confirmer l'influence de l'aconit que les deux premières nous avaient fait entrevoir. Cette influence nous paraît encore plus évidente en considérant les résultats analogues que plusieurs médecins allemands ont obtenus de médicamens qui ont avec l'aconit la plus grande analogie de propriétés et d'action. Ainsi, Storck avait déjà conseillé la pulsatille dans l'aménorrhée. Sundelin et Mende, supposant que la suppression des règles est due le plus souvent à une sur-excitation du système vasculaire utérin, conseillent la belladone, qui a, selon eux, une action sédative sur les vaisseaux de l'utérus. D'autres praticiens ont également prescrit la belladone dans les fleurs blanches trop abondantes et dans leur suppression. Richter, attribuant la métrite chronique à un principe rhumatismal, donnait, dans ce cas, la belladone unie au calomel. Siebold administre les sudorifiques dans l'aménorrhée et dans la métrite chronique. Schönlein, pensant que l'aménorrhée est due le plus souvent à une irritation de la matrice par une cause rhumatismale, conseille la pulsatille, et en prescrit, en commençant, un seizième de grain. Enfin dans un des recueils périodiques de l'année nous lisons que la pulsatille donnée à dose homœopathique a également provoqué le retour des règles dans deux cas d'aménorrhée.

D'après ces données, et les faits que nous avons observés, nous ne pouvons pas douter de l'action de l'aconit dans la suppression des règles.

Quel est le mécanisme de cette action ? C'est ce qu'il est plus difficile de déterminer. Dirons-nous que l'a-

conit est un emménagogue, et qu'il convient dans tous les cas d'aménorrhée, par cela que les règles ont reparu sous son influence? Non, car il n'y a point d'emménagogue absolu dans la nature. Les remèdes les plus opposés peuvent rappeler le cours des règles lorsqu'il est supprimé, ou le régulariser lorsqu'il est perverti. Le fer et les sangsues, les médicamens stimulans et les substances émollientes peuvent provoquer ou favoriser le retour de la menstruation.

Un grand nombre de pathologistes allemands pensent que l'utérus est souvent le siège d'affection rhumatismale, qui devient ainsi, dans ce cas, la cause de l'aménorrhée. On ne pourrait pas dire cependant que l'aconit détruit l'effet en neutralisant la cause, car nous avons cité trois cas d'aménorrhée où il y avait complication d'affection rhumatismale, et celle-ci persista sans modification, tandis que les règles reprirent leur cours sous l'influence du remède. Ce n'est donc pas à son action anti-rhumatismale que nous devons attribuer le retour des règles.

Il est généralement admis aujourd'hui que l'aménorrhée primitive est très-rare, et, d'après l'opinion de MM. Duparcque, Dugès, et de Mme Boivin, de plusieurs pathologistes allemands, Frank, Richter, etc., elle serait due souvent à un engorgement du col de l'utérus ou de l'organe en entier. Cet engorgement est indolent ou inflammatoire, et amené le plus fréquemment par l'influence de causes extérieures dont la plus énergique et la plus commune est le refroidissement. Dans trois cas que nous avons cités l'aménorrhée était en effet la suite d'un refroidissement, et tous les symptômes faisaient présumer un engorgement de la matrice, quoique le toucher ne pût le confirmer. Lorsque les causes extérieures agissent pendant l'écoulement des règles, elles déterminent le spasme des orifices exhalans; delà une répercussion, une stase immédiate des liquides qui deviennent ainsi à leur tour cause permanente d'irritation ou d'engorgement. Or, nous pensons que l'aconit, par sa propriété calmante, antispasmodique, combat directe-

ment cet état de tension des bouches exhalantes, et a pour effet immédiat ou secondaire la réapparition de l'écoulement supprimé.

Nous ne pousserons pas plus loin cette explication des résultats que nous avons obtenus de l'aconit, et nous ne lui accordons que le degré d'importance qu'elle mérite, sachant bien que l'action intime des médicamens sur nos organes échappera encore long-temps à tous nos moyens d'investigation.

Nous pourrons conclure cependant, en nous basant uniquement sur les faits observés : 1.° que l'aconit ne jouit d'aucune propriété spéciale contre le rhumatisme et la phthisie; 2.° que son action calmante paraît surtout se porter sur la matrice, et qu'ainsi il sera utilement associé aux antiphlogistiques dans les engorgemens inflammatoires aigus de cet organe, mais que son action sera surtout manifeste dans l'aménorrhée due à un état spasmodique ou à un engorgement chronique de la matrice.

Recherches sur les épidémies de grippe, et en particulier sur l'épidémie qui a régné en 1833 *à Paris; par le docteur* G. Richelot. (Fin). (1)

V. L'épidémie de 1830 (2), de même que la précédente, a fait le tour du globe; comme elle, elle nous est venue de l'est de l'Europe, s'est répandue dans toutes les contrées, et a frappé presque tous les individus sans distinction d'âge, de sexe, ni de tempérament. Comme toutes les épidémies de grippe, elle s'est développée après une saison rigoureuse, et sous l'influence de variations très-marquées dans la température. On se rappelle, en effet, quelle a été la rigueur de l'hiver de 1829 à 1830.

(1) *Voyez* le premier article N.° de mars, ou tome VII, p. 328.

(2) Il y a eu plusieurs relations de cette épidémie dans les Journaux français, allemands et italiens, mais les Journaux anglais en abondent.

Un grand nombre de personnes souffrirent peu de l'épidémie, bien qu'elles en fussent atteintes évidemment. Chez elles, la grippe consista dans un simple rhume accompagné de courbature générale. Chez les autres, elle débuta par une céphalalgie qui avait son siége principal vers le front et la racine du nez, et qui s'accompagnait, dans quelques cas, d'une vive sensibilité des tégumens du crâne, de la face et du cou; cette céphalalgie était parfois très-aiguë. Bientôt se manifestaient des douleurs vagues dans la poitrine et dans les membres, le brisement des membres et les douleurs contusives par tout le corps. Tous les symptômes du coryza, tels que larmoiement, écoulement séreux par le nez, etc.; quelquefois hémoptysie; mal de gorge; chaleur brûlante le long du trajet de la trachée-artère; dyspnée; toux avec expectoration muqueuse, souvent difficile, offrant, *dès le début*, les caractères de l'expectoration qui est produite à la fin du catarrhe bronchique. Le plus souvent, langue blanche, nette quelquefois; déglutition difficile; anorexie; nausées; coliques; pouls fréquent, plein et sans dureté; peau chaude et inondée de sueur; fièvre plus ou moins intense, à exacerbations le soir.

Chez plusieurs sujets jeunes et pléthoriques, le visage était rouge et bouffi, comme dans les coryzas intenses; mais chez le plus grand nombre des malades les traits étaient retirés et contractés.

Parmi les symptômes qui persistèrent avec le plus de ténacité, on doit mettre en première ligne la toux et la faiblesse, qui souvent existaient à un haut degré longtemps après que tous les autres avaient disparu.

Cette grippe ne sévit à Paris qu'au commencement de l'été de 1831 : elle fut surtout très-répandue dans les mois de mai et juin. Il n'est presque aucune famille dont un ou plusieurs membres n'en aient été atteints; mais quelquefois si légèrement, qu'ils ne se considéraient point comme malades. Elle eut cela de particulier, qu'elle pré-

céda presque partout une maladie épidémique beaucoup plus grave, le choléra-morbus; mais, de même que les autres épidémies de grippe, elle augmenta peu le nombre des décès, et s'arrêta peu de temps dans chaque localité.

Vers la fin de l'épidémie, les diarrhées devinrent de plus en plus communes ; il y eut de temps en temps des cas de dysenterie ; puis on remarqua des spasmes et de véritables crampes des membres ; c'était une sorte de transition au choléra.

Quant au traitement adopté pour la grippe, en 1830, il ressemble tellement à celui qui avait été choisi dans les épidémies précédentes, surtout les moins anciennes, que je n'en dirai rien pour éviter des répétitions inutiles.

VI. Nous avons vu tout à l'heure, que la grippe de 1830 avait précédé partout l'apparition du choléra ; celle de 1833 sembla le suivre et s'emparer des localités qu'il abandonnait. Cette épidémie fut aussi générale que les autres, et même, à Paris, elle atteignit plus de personnes encore que celle de 1830-31 (1).

---

(1) Pour l'épidémie de 1833, voyez également les Journaux de médecine de l'époque. L'énumération des articles où l'on a traité ce sujet serait fort longue ; je citerai seulement les suivans que j'ai consultés plus particulièrement.

Gazette médicale, année 1833 ; plusieurs articles intéressans.

Ibid., année 1834, p. 252.

Epidemic catarrh or Influenza, by D.r Ward. (Trans. of the med. aud phys. Soc. of Calcutta. T. VI, 1833).

Mittheilungen über das im frühjahr 1833 *in Danzig herrschende, epidemische Katarrhalfieber* (Grippe). Von D.r Sinogowitz. (Rust's Mag., T. XL, part. I, p. 56).

Die Influenza im Darkehmen'schen Kreise im marz und april 1833. Von D.r Carganico. (Rust's Magazin, T. XL, part. 3, p. 403).

Bulletin médical de Bordeaux, N.° I, p. 2.

D.r Tinelli, *Rapporto del Grippe che domino nella città di Mantova.* (Annali universali di Medicina, T. LXVIII, p. 79).

D.r Antonio Galli, *Del grippe che dominò in Novara nell' anno* 1833. (Repertorio Medico-chirurgico del Piemonte, mars et avril

Les observations suivantes donneront une idée de cette maladie, du moins à Paris; elles sont prises, au hasard, au milieu de plus de trente observations analogues que j'ai recueillies à la Pitié. A cette époque, les malades atteints de grippe se présentaient en grand nombre dans les salles de M. Andral. Il existait une ressemblance si remarquable entre tous ces cas, que l'histoire de la maladie, écrite au lit d'un des malades, pouvait convenir à la plupart des autres, en changeant seulement le nom, et en modifiant quelques détails insignifians.

Obs. Ire. — Un ouvrier, âgé de 27 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, entre à la Pitié, salle Saint-Léon, n° 8, le 7 mai 1833. Il était malade depuis quinze jours. La maladie avait débuté par la perte de l'appétit, des douleurs contuses des membres, un endolorissement général, un affaiblissement progressif; quelques jours plus tard, il fut tourmenté par quelques nausées sans vomissemens, qui cessèrent avant son entrée à l'hopital. Examiné le 8 au matin, il offrit l'état suivant :

Surdité de l'oreille droite, qui existe depuis le début de la maladie; bourdonnemens dans la même oreille; vue nette; pupilles un peu dilatées; yeux enfoncés et cernés; visage pâle; légère coloration jaune aux ailes du nez; absence de douleur dans les membres; insomnie; langue rouge à la pointe, jaune au milieu, un peu collante; soif modérée; bouche peu mauvaise; douleur à la pression dans la partie droite de l'épigastre; le reste du ventre souple et indolent; selles normales; pouls dur, développé, à 64; sueurs le soir; toux peu fréquente et peu intense; respiration pure. (Orge édulc.; saignée de 4 palettes; diète).

1834, p. 117). Le D.r Antonio Galli appelle la grippe une affection *schneidero-trachéo-bronchitique*.

Notice of the late Influenza in Edinburgh. By William Brown. (Edinb. med. and surg. Journal, janvier 1835).

Le caillot sanguin ne se recouvrit d'aucune couenne. Le pouls descendit le lendemain à 60 pulsations. Le malade ne resta que six jours à l'hôpital ; sa guérison s'acheva sous l'influence des boissons délayantes et du régime.

Dans ce cas, l'organe principalement affecté était évidemment l'estomac, qui semble avoir été le point de départ de la plus grande partie des symptômes.

Obs. IIe. — Pierre Girardin, tailleur, âgé de 19 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, est entré à la Pitié, salle Saint-Léon, n° 5, le 7 mai 1833. Il était malade depuis cinq jours. Sa maladie avait débuté par de la céphalalgie et des douleurs dans les lombes. La veille de son entrée à l'hôpital, il avait eu des vomissemens. Examiné le 8, au matin, il présenta l'état suivant :

Etourdissemens, sans céphalalgie ; épistaxis fréquentes depuis cinq jours ; les douleurs des membres ont disparu ; insomnie ; langue blanchâtre et humide ; soif nulle ; appétit conservé ; épigastre et abdomen indolens ; selles normales ; un peu d'impulsion et d'éclat au cœur ; deux battemens précipités suivis d'un temps d'arrêt bien marqué ; pouls à 76, offrant la même irrégularité ; dyspnée après avoir couru ; respiration pure ; toux légère. (Orge édulc., potion gom. ; saignée de quatre palettes ; 2 bouillons). Point de couenne.

Le 9, le temps d'arrêt se trouvait entre chaque battement du cœur ; de loin en loin deux battemens précipités se suivaient comme la veille ; point de douleurs ; point de selles.

Le 10, six selles liquides, accompagnées de quelques coliques ; pouls lent ; état satisfaisant.

Les battemens du cœur et le pouls reprirent leur régularité ; le traitement consista dans quelques boissons délayantes et le régime. Le malade sortit après six jours de séjour à l'hôpital.

Obs. IIIe — Un journalier, âgé de 42 ans, entra à la

Pitié, salle Saint-Léon, N.° 25, le 8 mai 1833. Sa maladie avait débuté la veille, par un frisson suivi de chaleur, puis de sueurs, qui se reproduisit le jour même de son entrée à l'hôpital. Examiné le 9, au matin, il offrit les symptômes suivans :

Céphalalgie; étourdissemens; affaiblissement modéré; anorexie; langue chargée d'un enduit jaune; bouche mauvaise; soif vive; mal de gorge; douleur épigastrique déterminée par la toux; constipation; toux intense, surtout le matin, où elle donne lieu à des envies de vomir : tous ces symptômes existent depuis le début; respiration pure; pouls à 72; point d'accès de fièvre appréciable. (Lim. avec sirop de gom.; saignée de quatre palettes; diète). Le caillot sanguin offrait une couenne mince et partielle.

Le 11, étourdissemens quand le malade se lève; pas de céphalalgie; toux moins fréquente, mais plus difficile; langue sale; bouche mauvaise; appétit médiocre; pouls à 60. (Lim.; deux bouillons).

Le 12, toux moins intense; sueurs pendant la nuit; amélioration.

Le 14, le malade se plaignit d'éprouver des rapports acides; deux onces d'huile de ricin produisirent plusieurs selles. Le malade resta en tout neuf jours à l'hôpital.

Obs. IV.e — Un boulanger, âgé de 33 ans, habituellement d'une bonne santé, entra à la Pitié, salle St.-Léon, N.° 11, le 8 mai 1833. Cet homme était souvent enroué, mais il n'était point sujet à tousser; il était malade depuis trois semaines. Le début de sa maladie avait été marqué par une sensation de froid qui, d'abord limitée aux reins, s'était étendue à toute la surface du corps, et s'était accompagnée d'un grand affaiblissement. Tous les jours, après le coucher du soleil, il était pris de frisson; la nuit, il éprouvait du malaise, mais point de chaleur anormale; deux fois seulement il avait eu de la moiteur. Tous les matins, il avait de la céphalalgie, des étourdissemens. L'ap-

pétit n'avait persisté que pendant les premiers jours. Examiné le 9 au matin, il présenta l'état suivant :

Céphalalgie; pas d'épistaxis; langue humide et rosée, avec léger enduit blanc au centre; bouche pâteuse mais non amère ; soif modérée depuis quatre jours, avant cette époque elle était très-vive ; diminution de l'appétit; épigastre et ventre souples et indolens ; selles normales ; urines d'un jaune foncé ; pouls à 52. Le frisson ne reparaît plus depuis que le malade est entré à l'hôpital, mais le soir, il éprouve encore un peu de froid; affaiblissement; douleurs dans les lombes ; toux fréquente ; résonnance de la poitrine normale; respiration pure. (Mauve avec sirop de gom. ; potion gom. ; deux soupes; deux bouillons).

Le 11, même affaiblissement ; langue normale ; maux de reins ; appétit; une selle naturelle. Le pouls est descendu à 40.

Ce malade recouvra ses forces peu-à-peu, et resta à l'hôpital huit jours.

Obs. V^e. — Un cordonnier, âgé de 19 ans, habituellement bien portant, fut placé salle St.-Léon, n° 12, le 8 mai 1833. Il était malade depuis le 6. Sa maladie avait débuté par des douleurs dans les lombes et dans les membres; il avait d'abord conservé son appétit et avait travaillé le premier jour; la nuit avait été bonne; mais le deuxième jour, il avait été forcé de cesser son travail, à cause de sa faiblesse et des douleurs qu'il éprouvait dans les membres. Ce même jour et le jour suivant, il éprouva, le soir, du frisson qui ne se renouvela plus. Il avait toussé dès le début.

Le 10, absence complète de douleur; langue rouge, comme dépouillée, collante; soif nulle ; appétit; ventre et épigastre souples et indolens ; pouls à 68 ; toux pendant la nuit, mais non pendant le jour ; respiration pure. (Saignée de quatre palettes (sans couenne) ; orge édulc. ; 2 soupes et 2 bouillons.)

Le malade se trouvant mieux ne resta que trois jours à l'hôpital.

Obs. VI.e — Un marchand d'huile, âgé de 34 ans, est entré à la Pitié, salle St.-Léon, nº 5, le jeudi 9 mai 1833. Il était malade depuis le mardi au soir. La veille de ce jour, son appétit était comme à l'ordinaire; le mardi matin, il avait bien déjeuné. Mais au diner, l'appétit s'était trouvé diminué. Vers six heures du soir, frisson ayant pour point de départ la colonne vertébrale; fièvre; moiteur pendant la nuit. Le mercredi, fièvre plus forte dans la journée; (une saignée); point de frisson le soir; moiteur dans la nuit. Le jeudi, fièvre moins intense. Le malade a toussé dès le début; examiné le 10 au matin, son état est le suivant :

Céphalalgie sus-orbitaire depuis hier soir; crampes légères dans les membres; douleurs de reins; brisement des forces; langue humide, sans rougeur et sans enduit; soif modérée; anorexie; goût amer à la bouche; quelques nausées sans vomissement; ventre souple, léger endolorissement dans toute son étendue; point de selles depuis mardi; pouls normal pour le rythme et la force, à 72; résonnance normale de la poitrine; son un peu mat à la région précordiale; bruit respiratoire très-fort en arrière, un peu de râle sibilant en arrière et à gauche. Toux fréquente; crachats muqueux. (Mauve avec sirop de gomme; pot. gom.; saignée de 4 palettes; diète.) La saignée fournit un caillot large recouvert d'une couenne mince.

Le 11, crampes légères; constipation; bouche moins amère; point d'envie de vomir; ventre encore un peu douloureux; pouls à 76; voie enrouée; point de mal de gorge; toux, respiration et expectoration comme la veille. (Mauve; p. g.; lavement; 2 bouillons.)

Le malade ne resta que quatre ou cinq jours à l'hôpital, tous les symptômes s'étaient amendés, excepté la toux qui était encore très-forte.

Obs. VIIe. — Une domestique âgée de 35 ans, a été placée salle St.-Thomas, n° 26, le 11 mai 1833. Elle toussait depuis six semaines et avait craché un peu de sang. Depuis cinq jours, brisement des forces, engourdissement des membres.

Le 12, céphalalgie intense; mal de gorge; endolorissement général; anorexie qui existe depuis six semaines; soif vive; pouls à 104; respiration normale, mais forte et un peu accélérée; toux. (Mauve avec sir. de gom.; pot. gom.; saignée de 4 palettes; diète.)

Le 13, céphalalgie moins forte; diminution de l'engourdissement; anorexie; mal de gorge; langue naturelle; toux assez forte; pouls 116; la malade est toujours accablée. (Mauve; pot. gom.; diète).

Le 14, anorexie, nausées, toux. A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliora progressivement; on lui accorda quelques alimens. Cependant le 23, la bouche était mauvaise; il y avait de la céphalalgie et des étourdissemens. Deux onces d'huile de ricin produisirent dix selles sans coliques. La malade quitta l'hôpital le 29, en bon état.

Obs. VIII.e — Une fruitière, âgée de 25 ans, couchée au N.° 17 de la salle Saint-Thomas, était malade depuis quinze jours. Le 13 mai 1833, lendemain de son entrée, elle éprouvait de la douleur à la tête et à la base de la poitrine; un grand affaiblissement; des douleurs dans les lombes et les jambes; elle toussait depuis le début de sa maladie; elle avait mal à la gorge depuis sept ou huit jours; du reste, anorexie; langue naturelle; épigastralgie légère; ventre indolent; selles naturelles; pouls à 76; respiration normale. (Manne avec sirop de gom.; potion gom.; saignée; diète). Le caillot sanguin était large et recouvert par une couenne.

Le 17, langue blanche; appétit; épigastre indolent; pouls à 64; céphalalgie.

Le mal de tête persista après la cessation des autres

symptômes; mais il ne dura que quelques jours, et la malade sortit après neuf jours de traitement.

Obs. IX.e — Un ébéniste, âgé de 18 ans, est entré à la Pitié, salle Saint-Léon, N.° 10, le 16 mai 1833. Il était malade depuis huit jours. La maladie avait débuté par de la céphalalgie, du malaise, un affaiblissement remarquable, et de l'anorexie. Dès le premier jour, il avait éprouvé du dévoiement qui n'avait duré que trois ou quatre jours. Deux jours seulement avant son entrée à l'hôpital, la toux se manifesta.

Le 17, il y eut deux épistaxis.

Le 18, céphalalgie moindre; accablement sans douleur; langue blanche; bouche pâteuse; soif vive; anorexie; pas de nausées. Les jours précédens le malade avait eu mal à la gorge; épigastre et ventre indolens; constipation depuis quatre ou cinq jours; pouls à 56; alternatives de chaud et de froid; sueurs fréquentes; toux légère; bras et jambes brisées. (Orge édulc.; potion gom.; saignée de quatre palettes; diète).

Tous les symptômes cédèrent rapidement; le malade sortit après six jours de traitement.

Obs. X.e — Une lingère, âgée de 50 ans, est entrée à la Pitié, salle Saint-Thomas, N.° 7, le 21 mai 1833. Depuis huit jours, elle éprouvait unpoint de côté, et depuis quinze jours, elle avait de la céphalalgie et de la toux.

Le 22, au matin, céphalalgie générale; insomnie; langue blanche; anorexie; bouche pâteuse; soif vive; ventre indolent; selles naturelles; pouls à 80; respiration pure en arrière et en avant; toux; crachats muqueux. (Mauve avec sirop de gom.; deux onces d'huile de ricin dans deux tasses de bouillon aux herbes; potion gom. avec sir. diac., ℥ß; diète). Il y eut onze selles, peu de coliques, et à peine quelques nausées.

Le 23, nuit bonne pour la première fois depuis quinze jours; bouche moins pâteuse; soif vive; diminution de la

toux; pouls à 80. (Même prescription, sauf l'huile de ricin).

Les mêmes moyens furent continués ; l'amélioration marcha progressivement, et la malade quitta l'hôpital le 3 juin.

Obs. XI.e — Une passementière, âgée de 33 ans, est entrée à la Pitié, salle Saint-Thomas, N.° 14, le 22 mai 1833. Depuis quinze jours, elle éprouvait de la céphalalgie, de l'anorexie, de la soif, et de la toux qui était plus forte la nuit que le jour, n'était suivie d'aucune expectoration, et avait déjà diminué depuis deux ou trois jours. La veille de son entrée, le matin, elle ressentit de la douleur dans le mollet du côté gauche ; à midi, la jambe était considérablement enflée ; la station était impossible à cause de la douleur qu'elle déterminait. Jamais auparavant cette femme n'avait éprouvé rien de semblable.

Le 23, au matin, langue sale ; respiration pure ; pouls à 72 ; de plus, les symptômes indiqués plus haut. (Orge édulc. ; sulfate de soude ℥ j, et tartre stibié gr. 3 dans un pot de tisane). Il y eut dix selles, sans coliques ni vomissemens.

Le 24, visage meilleur ; pas de toux cette nuit ; langue blanche, mais moins chargée qu'hier ; anorexie ; soif médiocre ; diminution de l'enflure. (Orge édulc. ; diète),

La malade est sortie le 27, bien portante et sans enflure de la jambe (1).

(1) Ce gonflement de la jambe, à la suite de la grippe, deviendra plus intéressant en le rapprochant de faits semblables observés dans un pays fort éloigné du nôtre. On lit dans *Observations on the changes of the air and the concomitant epid. diseases in the Island of Barbados*, etc., par W. Hillary, Lond., 1759, le passage suivant : « Vers la fin de février 1755, plusieurs personnes furent atteintes d'une fièvre catarrhale épidémique. La maladie débutait par un frisson qui durait tantôt seulement une ou deux heures, tantôt quatre ou cinq, et qui était remplacé par une chaleur fébrile et une céphalalgie intense. Quelques sujets avaient des douleurs dans le dos et par tout le corps, etc. Quelquefois, la maladie durait un, deux ou trois jours, quelque-

Obs. XII.e — Un maçon, âgé de 19 ans, est entré à la Pitié, salle Saint-Léon, N.° 20, le 26 mai 1833. Il était malade depuis le 22. Début par anorexie, vomissement des alimens; faiblesse des jambes; céphalalgie, intense surtout dans l'après-midi; quelques étourdissemens; douleurs des reins; insomnie; mal de gorge qui n'a pas persisté; toux fréquente.

Le 27, céphalalgie; langue rouge et un peu collante; soif modérée; anorexie; épigastre indolent; douleur dans le ventre déterminée par la toux; constipation; pouls à 116; frissons irréguliers, accompagnés de chaleur ou alternant avec elle : la toux était fréquente au début, mais maintenant le malade éprouve des envies de tousser auxquelles il ne peut satisfaire, sans doute à cause de la douleur; point de crachats; en arrière, des deux côtés, mélange de râle muqueux et de râle sibilant; son moins clair en arrière et en avant sous la clavicule gauche, quoique la respiration s'y entende assez bien; sous la clavicule droite, son très-clair; dans le même point, respiration pure et forte; sous la clavicule gauche, respiration moins forte et moins pure; tout le côté gauche de la poitrine en avant semble plus élevé que le droit, mais cette élévation paraît due à un développement considérable des parties musculaires; tout ce côté, en avant, offre un son moins clair. (Mauve édulc.; potion gom.; saignée de quatre palettes; diète). Caillot large, sans couenne.

Le 28, la saignée fit disparaître la céphalalgie et la plupart des autres symptômes; la langue était meilleure que la veille, l'appétit revint un peu; pouls à 96; rale mu-

---

fois davantage; sa terminaison était parfois signalée par une sueur abondante. Mais dans le plus grand nombre des cas, il se développait de l'inflammation dans une jambe, qui présentait l'aspect de l'éléphantiasis, mais sans gonflement des glandes de l'aîne, et sans la raie rouge qui s'étend ordinairement, dans cette dernière maladie, de l'aîne à la jambe, etc. » (Pages 72 et 73).

queux et crépitation en arrière, à gauche, dans plusieurs points.

L'amélioration marcha rapidement; le 3 juin, le malade mangeait les trois-quarts d'alimens.

Le malade dont on vient de lire l'histoire était, depuis deux ans, sujet aux épistaxis, aux crachemens de sang (il affirma qu'il crachait du sang noir), à la toux, etc. En réunissant ces renseignemens aux résultats de la percussion et de l'auscultation, on est porté à penser qu'il portait quelques tubercules dans le sommet du poumon gauche. C'est probablement cette disposition fâcheuse qui fut cause que chez lui la grippe se compliqua de bronchite intense, et même d'engouement inflammatoire du poumon.

Obs. XIII.e — Une domestique, âgée de 19 ans, est entrée à la Pitié, salle Saint-Thomas, N.° 13, le 4 juin 1833. Elle se disait malade depuis huit jours. Cependant quinze jours auparavant, elle avait craché du sang pendant deux jours et avait eu deux épistaxis. Huit jours avant son entrée, étourdissement qui persista seul pendant deux jours; puis, douleur au flanc droit. Le 3 juin, mal de gorge.

Le 5, au matin, céphalalgie frontale; étourdissemens; nuages devant les yeux; pupilles dilatées; épistaxis; douleurs contuses des membres; langue un peu collante; anorexie depuis le début; soif nulle; nausées sans vomissemens; mal de gorge; articulation des mots pénible; larynx douloureux à la pression; quelques coliques cette nuit; selles normales; pouls à 100; toux, depuis le début; respiration pure. (Mauve; potion gom.; saignée de quatre palettes; diète). Point de couenne sur le caillot sanguin.

Le 6, céphalalgie; une selle hier; coliques; langue naturelle; anorexie; pouls à 76; frisson hier au soir, de sept à huit heures; sueur dans la nuit. (Même prescription). Caillot de la saignée également sans couenne.

On continua le traitement antiphlogistique en lui associant quelques purgatifs. Le rétablissement ne tarda pas à être complet.

Dans ce cas, la grippe, bien que sans complication, a offert plus d'intensité que dans ceux qui précèdent.

Je pourrais ajouter un grand nombre d'observations à celles qu'on vient de lire ; mais je pense que celles-ci suffiront pour bien faire connaître l'épidémie de grippe de 1833. Je pense aussi qu'il serait fort inutile de faire un résumé des symptômes qui ont été observés chez ces malades ; les observations sont si courtes, les principaux phénomènes morbides se reproduisent avec tant d'analogie dans chacune d'elles, que ce résumé se fait de lui-même, en même temps qu'on les parcourt. La meilleure manière, à mon avis, de faire connaître une maladie, c'est d'en réunir un nombre convenable d'observations suffisamment détaillées ; les meilleures descriptions générales n'y suppléent qu'imparfaitement.

Il me reste encore à rendre compte de la marche générale de l'épidémie de 1833 en Europe, et surtout à Paris. Je profiterai de cette circonstance pour établir un court parallèle entre les diverses épidémies de grippe, et pour consigner quelques résultats généraux qui ressortent des recherches auxquelles je me suis livré.

La grippe de 1833 sembla suivre exactement la même marche que l'épidémie de choléra ; c'est ce qui a été surtout évident en Russie et dans presque toute l'Allemagne. Elle nous est venue, selon toute probabilité, de l'Asie occidentale, d'où elle s'est répandue sur toute l'Europe. Son influence a été générale, en ce sens que, dans toutes les localités où elle sévissait, elle frappait une immense partie de la population. Elle séjournait peu de temps dans chaque point où elle s'arrêtait. Il est déjà facile de reconnaître un certain nombre des caractères les plus importans de toutes les épidémies de grippe. Toutes, en effet, ont envahi successivement toute l'Europe, en marchant du nord et de l'est, vers l'ouest et le midi. Il n'y a point d'exception pour cette circonstance. J'en dirai autant de l'universalité de

son influence. C'est cette influence si généralement ressentie, qui constitue le caractère par excellence des épidémies proprement dites. Quant à la durée de son séjour dans chaque endroit, elle a été en général peu considérable, mais sujette à beaucoup de variations. On peut poser en principe général, qu'une maladie épidémique séjourne d'autant plus long-temps dans une localité, toutes choses égales d'ailleurs, que cette maladie offre plus de gravité. Une épidémie bénigne passe rapidement; une plus mortelle s'arrête davantage. Il se présente des explications plus ou moins ingénieuses de ce phénomène, mais comme elles ne sont qu'hypothétiques, je ne m'y arrête point. Après la gravité relative d'une épidémie, il existe d'autres circonstances qui font varier la durée de son séjour; elles dépendent de la localité même, de son exposition, de la manière dont les règles de l'hygiène publique y sont observées, etc., etc. Je ne crois point à l'acclimatement des maladies épidémiques. Une épidémie abandonne plus ou moins lentement une ville où elle a exercé ses ravages; on a même souvent observé de véritables récidives. Mais elle l'abandonne enfin complètement. Les affections sporadiques qui lui ressemblent le plus en apparence, n'ont avec elle aucun lien de parenté. Je me bornerai à citer pour exemple, ce que l'on appelle un *choléra sporadique*, et qui certainement n'est point la *même maladie*, *moins le génie épidémique*, que le choléra qui a décimé Paris en 1832.

Presque tous les auteurs ont écrit que la grippe s'était développée sous l'influence de variations très-marquées dans la température, dans l'état hygrométrique et barométrique de l'air, etc. On en a dit autant pour l'épidémie de 1833; cependant il existe de nombreuses exceptions sous ce rapport. D'après M. Lombard, la grippe a régné à Genève sous l'influence d'une température douce et règulière (1). Les vicissitudes atmosphériques ne suffi-

(1) *Gaz. méd.* 1833, p. 729.

sent donc point pour expliquer les épidémies de grippe, ainsi que plusieurs médecins l'ont avancé. D'ailleurs, la grippe ne naît point en Europe; elle nous vient de contrées éloignées. Nous ne savons pas sous l'empire de quelles conditions atmosphériques elle prend naissance. Il est probable qu'il n'y avait que simple coïncidence entre l'invasion de la grippe et les vicissitudes atmosphériques qui ont été signalées par les auteurs.

Quoiqu'il en soit, la cause de la grippe et probablement de toute épidémie grave ou légère, paraît résider dans l'atmosphère, et nous en sommes enveloppés. Un fait d'observation, qui n'a point souffert d'exception pour la grippe, c'est que l'épidémie atteignait de préférence les personnes qui s'exposent aux vicissitudes atmosphériques. Et c'est, je crois, une loi des maladies épidémiques, qu'elles frappent dans une bien plus grande proportion les sujets qui ne peuvent point ou qui ne veulent point se garantir contre les influences extérieures.

L'épidémie de 1833, de même que toutes les autres, s'est propagée avec une grande rapidité à un nombre considérable d'individus. Cette instantanéité d'invasion est un des caractères des maladies épidémiques. Elle a atteint les divers sujets sans distinction d'âge, de sexe, de tempérament, etc. Dans les épidémies, les conditions individuelles n'influent guères que sur les complications, mais point ou très-peu sur le fond de la maladie.

Il a été facile de voir que l'épidémie de 1833 avait une grande ressemblance avec toutes les épidémies antérieures. La physionomie générale est la même dans chacune. C'est bien certainement la même maladie. Cependant, on se tromperait si l'on croyait trouver identité parfaite. La lecture attentive des descriptions que j'ai données, d'après un grand nombre d'auteurs contemporains et presque tous justement célèbres, fera reconnaître les nuances légères qui différencient ces épidémies. Pour éviter des ré-

péditions, je me bornerai à rappeler ici, que l'épidémie de 1762 offrit des symptômes plus tranchés de phlegmasie que celle de 1743; que l'épidémie de 1743, et celle de 1775, offrirent souvent, vers le déclin de la maladie, de la démangeaison à la peau, des boutons, des érysipèles; que vers la fin de l'épidémie de 1830, on observa souvent des crampes dans les membres, phénomène qui avait été observé également en 1775; que l'épidémie de 1782 se présenta souvent, suivant Mertens, sous le type tierce, etc., etc. De même que ces épidémies considérées d'une manière générale, sont séparées l'une de l'autre par des nuances plus ou moins importantes, de même dans ces épidémies, ainsi qu'on a pu s'en convaincre, les sujets atteints ont présenté un grand nombre de variétés; mais en général ces variétés dépendaient des conditions individuelles et surtout des complications.

Une dernière remarque sur les épidémies de grippe, remarque applicable à toutes les affections épidémiques, c'est que, dans un nombre immense de cas qui s'observent souvent au début des épidémies, c'est-à-dire, lorsque l'influence épidémique agit dans toute sa plénitude, ces maladies ne cèdent à aucun traitement, elles en sont à peine influencées. Leur durée et leur marche, même lorsqu'il n'y a aucune complication, ne sont point exactement les mêmes chez tous les sujets, parce qu'il faudrait que tous présentassent les mêmes conditions sous tous les rapports, ce qui est impossible; mais la maladie doit accomplir son cours. Le traitement ne peut que pallier certains symptômes; il peut surtout agir contre les complications; mais il est impuissant contre l'affection épidémique elle-même. Cette circonstance se réunit à beaucoup d'autres pour nous permettre de juger combien profondément l'organisme est modifié par l'influence épidémique.

Tout ce qui précède se trouve vérifié par la manière dont la grippe de 1833 s'est comportée à Paris. Elle s'est

montrée en même temps sur tous les points de la capitale, et quelques jours seulement ont suffi pour qu'elle s'étendît au quart de la population. Bientôt ce n'était plus le quart, c'étaient les quatre cinquièmes (1). Les observations que j'ai rapportées me paraissent suffire pour faire connaître la maladie en elle-même. En effet, elle se présente là, chez des sujets jeunes, bien constitués ; elle est le plus souvent sans complication. Mais ces observations deviennent tout à fait insuffisantes pour représenter la physionomie générale de l'épidémie au sein de notre capitale. Je dois donc y ajouter quelques mots.

Une proportion considérable de la population a subi l'influence épidémique à un degré très-peu élevé ; les sujets atteints de cette manière, ne se considérant point comme malades, continuaient à vaquer à leurs occupations. Cependant on les reconnaissait à la toux, à l'enrouement; leur physionomie était altérée ; ils éprouvaient un malaise général. D'autres individus, en moins grand nombre, furent frappés par l'épidémie assez fortement pour être forcés de recourir aux secours de la médecine ; chez ces derniers, la maladie se présentait avec intensité, mais sans complications : tous ces cas se terminèrent heureusement. Enfin, chez d'autres malades, qui tiennent le second rang pour le nombre, la grippe se développa avec des degrés divers d'intensité ; mais l'aspect de la maladie était considérablement modifié par les complications. De là, naquirent des variétés extrêmement nombreuses, qui, pour la plupart, dûrent leur principaux caractères à des affections des organes thoraciques. En général, quelle que dût être la complication, le début de la maladie était signalé par des symptômes généraux, tels que malaise, courbatures, douleurs dans les articulations, etc. Ordinairement la fièvre précédait, tantôt de 24 heures, tantôt de deux jours, les symptômes d'irritation locale. Ajoutons, en terminant,

(1) *Gaz. méd.* 1833, p. 377.

que l'épidémie de 1833 a offert quelques phénomènes que n'avait point présentés celle de 1830. Dans cette dernière, en effet, les malades étaient en proie le plus souvent à un affaissement général, tandis qu'en 1833, la maladie se compliqua plus souvent de symptômes qui annonçaient une excitation nerveuse ; la céphalalgie fut plus vive ; on observa des tremblemens ; le pouls était saccadé, etc. Ces symptômes persistèrent souvent après la cessation de l'affection locale (1).

Il est difficile de s'expliquer comment des pathologistes ont pu considérer la grippe comme une *inflammation aiguë* des bronches, et s'abuser au point de vouloir localiser cette maladie. La grippe épidémique est une maladie *sui generis*, caractérisée par les circonstances suivantes :

L'épidémie marche de l'Est à l'Ouest, s'arrête peu de temps dans chaque localité, envahit presque tous les pays, n'épargne presque personne, mais n'offre aucune gravité.

Elle débute par un trouble de l'innervation qui se révèle par une céphalalgie plus ou moins vive, le brisement des forces, les douleurs contuses des membres et un affaiblissement extraordinaire, eu égard au peu de gravité de la maladie ; ce dernier symptôme persiste souvent après que les autres se sont dissipés.

La membrane muqueuse qui tapisse les voies respiratoires et digestives, est probablement le siége d'un engorgement inflammatoire plus ou moins étendu ; c'est ce que portent à admettre les symptômes de coryza, souvent avec épistaxis, les symptômes de bronchite, l'anorexie, les nausées, la diarrhée, etc., et l'état des parties de cette membrane accessibles à la vue.

---

(1) Aux six épidémies de grippe que j'ai citées, on peut ajouter celle de 1733, qui présenta les mêmes caractères généraux, parcourut également toute l'Europe de l'est à l'ouest, passa à la Nouvelle-Angleterre, et fut observée aux Barbades, à la Jamaïque, au Pérou, dans le Mexique, etc. (*Edinburgh medical Essays*, T. II).

La toux peut cependant exister et même être intense, sans qu'il y ait une véritable bronchite. En effet, dans ces cas, à l'auscultation, la respiration est parfaitement pure, et l'expectoration ressemble, dès le début, à celle qui a lieu à la fin de la bronchite. D'un autre côté, la toux n'est point un symptôme qui se présente constamment dans la grippe.

Le pouls est, le plus généralement, fréquent, mais sans dureté. La saignée est souvent utile, mais il ne faut pas en abuser; il y a même des cas où l'on doit s'en abstenir. Le caillot sanguin offre rarement une couenne inflammatoire; je pense même que ceci n'a lieu que dans le cas de complication. La fièvre offre des exacerbations le soir et la nuit.

Enfin, ce qui est tout à fait caractéristique, c'est que la toux et l'affaiblissement persistent souvent longtemps après que tous les autres symptômes ont disparu.

Du rôle des fosses nasales dans l'acte de la phonation; par M. VALLEIX, *D. M. P., ancien interne des hôpitaux, membre de la Société anatomique.*

Quoiqu'on ait beaucoup écrit sur ce sujet, les opinions sont encore très-divergentes, et la question a été fort peu éclairée. On trouve, en effet, que quelques auteurs ont accordé aux fosses nasales une influence très-favorable dans la production des sons, qu'ils ont pour ainsi dire attribué à ces organes la mélodie et la sonoréité de la voix. D'autres, au contraire, ont assuré que toutes les fois que ces cavités jouent un rôle dans la phonation, ou plutôt lorsque le son les traverse, la voix est altérée et prend le caractère *nasillard*; enfin une troisième opinion soutenue par M. Gerdy, (1) consiste à regarder le retentissement

(1) *Phys. méd. didact. et critique*, T. I.er, 2.e partie, p. 755 et 758.

de la voix dans les fosses nasales, comme nécessaire pour certains sons et nuisible pour d'autres.

Examinons successivement ces diverses opinions.

La première n'est pas nouvelle, mais elle a été principalement défendue dans ces derniers temps, par M. Malgaigne (1), qui a cherché à multiplier les expériences pour la démontrer. Plus récemment encore, cette manière de voir ayant été reproduite avec une demi-approbation, dans la dernière édition des élémens de physiologie par MM. Richerand et Bérard, (2) a acquis par là un certain poids, et mérite d'autant plus d'être discutée.

On reconnaît d'abord que M. Malgaigne n'établit aucune différence, sous le rapport du retentissement de la voix, dans les sinus nasaux, entre les sons divers produits par les modifications de la prononciation ; ce qui est une grande source d'erreur, comme nous le verrons plus tard. Il paraît ne raisonner que d'après des expériences faites sur des sons tout-à-fait simples; l'influence des mouvemens de la langue et des lèvres sur le passage de l'air et du son à travers la bouche, ne l'a pas occupé. Je ne ferai pas la même omission, car si l'on n'a pas égard à ces circonstances, la question devient insoluble.

M. Malgaigne établit d'abord que dans la production d'un son grave et prolongé, l'air expiré passant tout entier par la bouche, on sent vibrer les cartilages du nez. — Ce fait n'est pas entièrement exact. Prenons pour exemple la voyelle A, (seule lettre dans la prononciation de laquelle on puisse dire que l'air passe à peu près en entier par la bouche). En la prononçant avec un son grave et prolongé, il est vrai qu'on a le sentiment d'une vibration dans le nez; mais en y réfléchissant, on voit que c'est une illusion, et

---

(1) *Théorie de la voix*, Arch. de Méd., fév. 1831, T. V, p. 225 et suiv.) et mars 1831, p. 329.

(2) T. III, p. 198.

que les vibrations se produisent réellement dans les parois de la bouche et surtout dans la voûte palatine. Pour s'en convaincre, il suffit d'appliquer très légèrement les doigts sous les ailes du nez : on ne perçoit point de vibrations, et si quelquefois on en sent de très-légères elles sont dues à une cause que n'admet pas M. Malgaigne, au passage d'une petite quantité d'air dans les fosses nasales. Pour toutes les autres lettres et syllabes, il y a retentissement des cartilages du nez ; mais c'est encore l'air expiré et sonore qui les produit, et non, comme le voudrait M. Malgaigne, le son pur et simple se renforçant dans les cornets nasaux.

Des expériences faciles à répéter démontrent que dans la plupart des cas une portion variable d'air expiré traverse les fosses nasales. On connaît celles qui ont été faites avec la poudre de lycopode placée sur une feuille de papier, entre les narines et la bouche, et avec la flamme d'une bougie. M. Malgaigne dit, il est vrai qu'il n'a pu les reproduire que dans des cas exceptionnels ; mais MM. Gerdy, Magendie et plusieurs autres expérimentateurs, en ont reconnu l'exactitude, et l'on peut facilement les répéter en substituant avec avantage à la flamme d'une bougie et à la poudre, une petite glace, ou mieux encore une lame d'acier polie, comme nous le ferons voir plus tard. D'ailleurs M. Malgaigne n'est-il pas en contradiction avec lui-même, puisqu'il ajoute que dans la production du son grave et prolongé, « On voit à l'aide d'un miroir, le voile » du palais abaissé et fortement écarté du pharynx, et que » la voix ne trouve aucun obstacle à passer dans les fos» ses nasales ? » Je sais bien que M. Malgaigne établit une grande différence entre le son de la voix et l'air expiré qui a fait vibrer les cordes vocales ; mais admettons même cette distinction subtile : cet auteur n'a-t-il pas avancé que le voile du palais était abaissé et que la communication du pharynx avec les fosses nasales était libre ? or, comment concevoir que l'air expiré ne prenne pas une route aussi

simple? Si M. Malgaigne répond que l'air, trouvant dans la bouche une large ouverture, il sort par là tout entier, j'objecterai que cette raison est plausible pour un seul son, la voyelle A, mais que pour toutes les autres lettres et syllabes, surtout pour les nasales, il n'en est pas ainsi: le passage par la bouche étant fermé à l'air, soit par la langue qui s'applique à la voûte palatine, soit par le rapprochement des lèvres. On verra par là combien il était nécessaire de ne pas s'arrêter à un seul son, comme il est incontestable que l'a fait M. Malgaigne, puisque l'abaissement du voile du palais, dont il est question dans son expérience, ne se voit clairement que quand on prononce la voyelle *a*; qu'à peine on peut l'entrevoir dans la prononciation de l'*e*, et que pour toutes les syllabes dont les consonnes font partie il n'est plus possible de rien distinguer.

M. Malgaigne ajoute que si l'on chante la bouche fermée, le son résonne alors manifestement dans les narines. Sans doute, mais alors la sortie de l'air est tellement évidente, qu'il suffit de placer sa main sous le nez pour le sentir, et quant au timbre de la voix, on est forcé de convenir qu'il n'est nullement agréable.

Enfin viennent des observations anatomiques. M. Malgaigne repousse toutes les objections tirées de l'anatomie comparée, et je les abandonne volontiers, car elles ne sont pas nécessaires pour ruiner ce dernier point de sa théorie. Cet auteur s'appuie sur le développement considérable du nez à l'époque de la puberté, lorsque la voix prend un timbre plus sonore; il fait remarquer aussi que chez les personnes qui ont un nez volumineux, la voix est pleine, grave et retentissante; mais il ajoute que dans le premier cas le larynx prend un accroissement en rapport avec celui du nez, et que dans le second, ce dernier organe a toujours une très-grande capacité. Or, ce développement considérable du larynx ne suffit-il pas pour expliquer l'état de la voix? Il faudrait, pour que ces preuves fussent valables,

que M. Malgaigne nous citât des personnes ayant la voix grêle avec un nez très-petit et un larynx fort ample, et d'autres ayant une voix grave et sonore avec un petit larynx et un nez volumineux. J'aurais plusieurs autres objections à faire à cette théorie, sans contredit la plus hasardée de toutes, et dont tous les faits sont inexacts ou mal interprétés: mais je renvoie aux expériences qui me sont propres, et dont l'exposition achevera de la renverser.

M. Magendie (1) avance que les ondes sonores se transmettent à l'air contenu dans les cavités nasales par l'intermédiaire du palais osseux et membraneux, et acquièrent par là plus d'intensité. Il ne cite aucun fait, aucune expérience à l'appui de cette proposition. Je ferai remarquer que les fosses nasales, ouvertes en avant et en arrière, ont une disposition très-peu favorable pour augmenter l'intensité de la voix. Les ondes sonores trouvent un trop facile écoulement par la narine pour communiquer leurs vibrations aux parois nasales, ce qui est indispensable pour que l'intensité du son soit augmentée; aussi dans les expériences que je citerai plus loin, verrons-nous que les vibrations sont insensibles dans les cavités nasales, quand la voix n'est pas nasonnée. — M. Magendie explique le phénomène du nasonnement par le passage du son dans les fosses nasales. « Toutes les » fois, dit-il, que le son traverse les fosses nasales, il devient » désagréable, nasillard. » Cette proposition est beaucoup trop exclusive; nous verrons en effet, que dans presque tous les cas une partie du son traverse nécessairement ces organes sans que la voix soit nasillarde. Tout le monde sait d'ailleurs qu'en se pinçant le nez, on produit le nasonnement, et ce phénomène n'a certainement pas lieu dans ce cas et lorsque les narines sont bouchées par un polype, parce que le son traverse les fosses nasales, puisque toute issue lui est fermée. — M. Magendie ajoute plus bas, que

(1) *Précis élémentaire de Physiol.*, T. I, p. 311.

pour certaines syllabes le son doit traverser les fosses nasales; la voie est donc nasillarde dans ce cas? On voit par ce peu de mots que les propositions de M. Magendie sont fondées sur des observations trop superficielles et trop incomplètes pour avoir quelque valeur, et qu'elles rendent à peine compte d'une petite partie des phénomènes.

M. Gerdy pense que le son de la voix retentit en dehors par le nez, mais qu'il n'y retentit pas toujours. Mes expériences m'ont démontré qu'une partie du son s'écoulait toujours par les fosses nasales. M. Gerdy s'est servi pour ses expériences d'une poussière très-fine. En la plaçant sous le nez, il ne l'a vu voltiger que de *temps en temps*, et principalement lorsqu'on prononçait les syllabes nasales. C'est qu'employant un moyen trop grossier, il n'a vu le phénomène que lorsqu'il était le plus évident. Pour s'en convaincre, on peut emprunter une expérience à M. Gerdy lui-même; il dit que si l'on se ferme les narines, on s'assure que le son y retentit quelquefois et donne à la voix le ton nasillard; ce fait est exact, sinon qu'on doit reconnaître qu'il a lieu *toujours* et non *quelquefois*. En effet, que l'on se pince le nez, et je défie que l'on puisse articuler aucun son qui ne soit nasonné; c'est qu'alors on a fermé l'ouverture aux ondes sonores, et que dans ce cas elles retentissent dans les fosses nasales, suivant l'expression de M. Gerdy, *comme dans une caisse*. Ce physiologiste, et en cela il est d'accord avec M. Magendie, avance que certains sons doivent, pour être caractérisés, être articulés par le nez. Ceci demande une explication: pour ces sons, comme pour les autres, la voix est d'autant plus pure que les cavités nasales offrent une sortie plus libre et plus facile à la petite quantité d'ondes sonores qui doivent les traverser. Or, dans ce cas, le retentissement de la voix dans les fosses nasales, même pour les sons nasaux, est extrêmement faible, et ces sons n'en sont pas moins bien caractérisés; d'un autre côté, nous voyons que le plus léger rétrécissement des fosses nasales

rend la voix nasillarde dans la prononciation de ces syllabes; cela tient à ce que la proportion d'air qui doit sortir par le nez est très-considérable dans ce cas, et qu'il est peu de personnes qui aient le nez assez grand pour qu'il ne s'y produise pas quelques vibrations ; mais il suffit qu'il y en ait quelques-unes, et on en rencontre quelquefois, pour que l'expression de M. Gerdy ne soit pas exacte. D'ailleurs, ces mêmes lettres nasales, si elles terminent un mot, conservent leur caractère, quoiqu'il n'y ait pas de vibrations sensibles dans le nez, parce qu'on les prononce la bouche largement ouverte, et en donnant une issue facile au son et à l'air expiré.

Voyons maintenant ce que nous apprendront des expériences d'autant plus précieuses qu'elles peuvent être répétées par chacun avec la plus grande facilité. Si l'on place simplement sa main entre sa bouche et le nez, pendant qu'on parle ou qu'on chante, on sent dans certains momens qu'une partie de l'air expiré est sortie par les fosses nasales; si l'on agit avec une poudre fine placée sur du papier, on la voit voltiger dans les mêmes momens. Ces phénomènes ont été bien vus par M. Gerdy; mais si, comme je l'ai déjà dit, on se sert d'une lame d'acier poli, l'expérience est bien plus complète. On sait que l'haleine produit sur la lame brillante d'un instrument tranchant, une couche de vapeur terne et de forme arrondie, plus ou moins grande suivant qu'on a chassé l'air de la poitrine en plus ou moins grande quantité. Cette vapeur disparaît ensuite peu-à-peu de la circonférence au centre, et la lenteur de sa disparition est en rapport direct avec sa quantité. Ce fait va nous servir à prouver, non-seulement que l'air expiré passe par les fosses nasales, mais encore qu'il y passe en quantité variable suivant les modifications qui sont apportées aux sons par la prononciation.

Ainsi pour les voyelles, nous trouvons que dans la prononciation de l'*a* à peine voit-on *quelquefois* une légère

couche de vapeur peu étendue, et qui disparaît avec une promptitude extrême. L'*e* est à-peu-près dans le même cas, mais pour les autres voyelles, et surtout pour l'*u*, la quantité de la vapeur augmente sensiblement.

Pour les consonnes, et par conséquent pour les syllabes dont elles font partie, voici ce qu'on observe : les sifflantes ne donnant pas de trace de vapeur; à peine en voit-on quand on prononce les gutturales; elle devient plus évidente dans les dentales; viennent ensuite les labiales, puis l'*e* qu'on a appelée palatale; et enfin pour les nasales, et surtout pour la lettre *n*, la couche de vapeur est si étendue et si épaisse, qu'elle met fort long-temps à se dissiper. Ainsi donc, contrairement aux assertions de M. Gerdy, il n'y aurait que l'*a* et les consonnes sifflantes qui ne feraient point passer de l'air expiré par le nez quand on les prononce. Mais nous verrons un peu plus tard que, même dans ces cas, l'opinion de M. Gerdy n'est point exacte.

Voyons maintenant si M. Malgaigne a eu raison de prétendre que les fosses nasales vibraient sensiblement dans la production des sons graves et prolongés. Si on prononce fortement la lettre *a*; en plaçant le doigt sur les joues et sur les arcades dentaires, surtout postérieurement, on perçoit des vibrations très-sensibles. Mais en touchant les cartilages du nez et les apophyses montantes de l'os maxillaire supérieur, on ne trouve rien de semblable. Si l'on prononce au contraire les autres voyelles et les différentes consonnes, on sent des variations manifestes et dans les cartilages du nez et dans l'apophyse montante, et ces vibrations sont en rapport direct avec la quantité d'air expiré par le nez, de sorte que, dans la prononciation des syllabes nasales, elles sont portées à leur plus haut degré d'intensité. Ceci nous permet déjà d'avancer que les vibrations des fosses nasales n'ont lieu que quand il passe une quantité d'air suffisante pour mettre leurs parois en mouvement, car il y a coïncidence inévitable entre ces deux

effets. A cela on répondra peut-être, avec M. Malgaigne, qu'il faut faire une distinction entre l'air expiré et le son; que celui-ci va faire vibrer les fosses nasales de la même manière que les vibrations d'une corde de violon vont se communiquer à la caisse de l'instrument. Mais sans insister sur cette distinction de l'air expiré et du son, et en admettant, avec M. Magendie, que c'est par l'intermédiaire de la voûte palatine que se transmettent les vibrations, je demanderai s'il y a la moindre ressemblance entre les fosses nasales et la caisse d'un instrument. Celle-ci n'a qu'une très-petite ouverture insuffisante pour donner une libre issue aux ondes sonores qui retentissent fortement dans son intérieur. Les fosses nasales, au contraire, ont deux issues fort larges, et doivent plutôt être comparées à un instrument à vent, ou mieux encore à un porte-voix dont l'effet est non-seulement de concentrer les ondes sonores et de les porter au loin, mais encore d'augmenter leur intensité en ajoutant à leurs vibrations celles de ses parois. Qu'on examine comparativement l'effet que produit la voix sur le thorax et sur les fosses nasales, et l'on verra la différence qui existe entre une véritable caisse et un conduit ouvert à ses deux extrémités. Mettez la main sur les parois de la poitrine pendant que vous produisez des sons, vous sentirez des vibrations très-sensibles, et alors peu importeront les syllabes que vous prononcerez : que ce soit la voyelle *a* ou une nasale, les vibrations auront toujours la même intensité, parce que l'air expiré n'entre ici pour rien, et que les ondes sonores se sont communiquées à l'air contenu dans la caisse, et sont venues se briser sur leurs parois. Pour mettre les fosses nasales dans le même cas, il faut fermer leur orifice extérieur; mais alors leurs vibrations sont dues en même temps, et au son qui se transmet à elles par la voûte palatine, et à celui qui leur arrive par le pharynx avec l'air expiré. Alors dans la prononciation de l'*a* et même des lettres sifflantes, on

perçoit des vibrations en touchant les cartilages nasaux, et je démontre de cette manière que, même dans la prononciation de ces syllabes, de l'air et des ondes sonores sortaient par le nez, puisqu'en leur fermant une issue nous avons rendu leur présence évidente; seulement la quantité en était si petite, qu'elle n'avait aucune influence sur les fosses nasales et ne pouvait pas les faire vibrer; je n'ai pas besoin de dire qu'avec toutes les autres syllabes l'effet sera bien plus sensible.

Rendons tout ceci encore plus clair par une comparaison. Qu'on prenne un porte-voix, et qu'on parle haut dans son embouchure, la voix acquiert de l'intensité, et la main sent les vibrations des parois de l'instrument; on peut s'assurer en même temps que l'haleine sort en assez grande quantité par le pavillon. C'est tout-à-fait ainsi que se passent les choses quand il sort par le canal nasal une assez grande quantité d'air animé par le son pour les faire vibrer. On peut rendre sa voix assez faible pour que les vibrations du porte-voix ne soient plus appréciables; c'est ce qui a lieu pour les conduits nasaux dans la prononciation de l'*a* et des sifflantes, mais dans ce cas même on peut faire sentir ces faibles vibrations, soit en rétrécissant le pavillon du porte-voix, soit en le fermant tout-à-fait. C'est qu'alors l'air vibrant n'ayant pas d'issue, ou n'en trouvant qu'une insuffisante, se brise sur les parois du tube et lui communique son mouvement. Quant à ce qui regarde l'augmentation d'intensité du son, sans passage de l'air, on conviendra que c'est raisonner sur une hypothèse, puisque dans tous les instrumens qui ont une disposition semblable, cet air doit traverser nécessairement le conduit, et qu'on ne saurait l'arrêter en un point quelconque sans modifier en même temps le son.

A l'aide de ces faits nous allons expliquer le nasonnement avec la plus grande facilité. Mais avant de commencer, je ferai remarquer que si M. Malgaigne s'est vu forcé

de n'émettre que des doutes sur ce sujet, c'est que sa théorie sur l'influence des fosses nasales dans l'acte de la phonation péchait par la base; quant à M. Magendie, je ne crois pas qu'il soit nécessaire de revenir sur son opinion.

En tenant toujours compte de la différence des sons, nous verrons que dans tous les cas où la voix est nasonnée, c'est toujours dans la prononciation des syllabes nasales qu'elle prend ce caractère d'une manière plus tranchée; il peut même arriver qu'on ne nasonne qu'en prononçant ces syllabes : pourquoi cela ? C'est que la quantité d'air qui sort par les narines dans la prononciation de ces syllabes est si considérable, qu'il suffira de l'augmenter très-peu, ou, ce qui revient au même, de rétrécir à peine le conduit nasal, pour que les vibrations deviennent très-sensibles et très-désagréables, tandis que pour toutes les autres syllabes, le passage sera assez large pour donner une issue facile à la petite quantité d'air qui ne doit pas sortir par la bouche : si l'on continue peu-à-peu à rétrécir les fosses nasales, les syllabes prendront le timbre nasillard, d'autant plus tôt que leur place sera plus voisine des nasales; et enfin il faudra boucher tout-à-fait le nez pour l'*a* et les consonnes sifflantes; dans ce dernier cas même le nasonnement est si peu sensible, que si tous les mots étaient composés de ces lettres, on ne remarquerait qu'une très-légère altération dans le caractère de la voix. Pourquoi donc cette particularité ? le son produit n'est-il pas le même ? les fosses nasales ne sont-elles pas dans les mêmes conditions ? On ne peut pas répondre à cette objection dans la théorie de M. Malgaigne.

Le rétrécissement et l'oblitération des conduits du nez ont lieu lorsque la membrane pituitaire est tuméfiée, épaissie; lorsqu'un polype se développe dans la partie antérieure des fosses nasales, lorsque le nez est comprimé par des lunettes, et les phénomènes sont entièrement semblables aux précédens. Que pour opérer le nasonnement volontaire,

vous fassiez passer exprès une grande quantité d'air par les fosses nasales, ou que ce soit l'effet d'une division du voile du palais, etc., vous avez encore le même résultat, parce que, quelque étendue qu'aient les conduits, ils vibrent nécessairement au passage d'un trop grand volume d'air et d'ondes sonores ; dans ce cas, nous voyons encore que l'effet est d'abord sensible pour les nasales et ainsi de suite dans l'ordre indiqué ; si l'on veut chercher la raison de cette circonstance, on voit qu'elle tient à l'occlusion plus ou moins complète de la bouche dans les différens cas, ce qui force l'air à prendre une autre route, et c'est pourquoi M. Malgaigne avoue qu'en chantant la bouche fermée le nasonnement est inévitable.

Je résumerai ce qui vient d'être avancé en disant que le souffle de l'homme impuissant pour tirer des sons d'un gros tuyau d'orgue, en fera facilement sortir d'une flûte : c'est pour le premier cas ; et que ce tuyau d'orgue, immobile au souffle de l'homme, vibrera avec force à celui d'un fort soufflet : c'est pour le second cas.

Il est facile de multiplier et de varier les expériences. Ainsi, qu'on bouche l'ouverture des narines avec la pulpe du doigt : en prononçant les diverses syllabes, on sent l'air chaud et humide qui sort par le nez en quantité variable suivant les cas ; alors le nasonnement est inévitable pour la plupart des syllabes ; mais pour l'*a*, par exemple, il pourra être insensible, parce que la cavité est encore trop grande pour être ébranlée par de trop faibles ondulations ; si, au contraire, on se pince fortement le nez, la voix devient nasillarde pour tous les cas, parce qu'on a entièrement fermé l'ouverture et diminué l'étendue de la cavité. Bien plus, le timbre de la voix sera différent, suivant qu'on emploiera l'un ou l'autre moyen dans le premier cas. La caisse sonore étant plus vaste, le nasonnement aura un timbre plus grave. Je fais remarquer que dans toutes ces expériences on laisse les cornets olfactifs parfaitement libres,

il est même impossible de les atteindre. Pourquoi donc ce changement dans le caractère de la voix, puisque le son peut aller se jouer dans leurs anfractuosité en y pénétrant par l'ouverture postérieure des fosses nasales *sans aucune portion d'air expiré*, comme le veut M. Malgaigne, ou en s'y propageant à travers la voûte palatine, comme l'avance M. Magendie ?

Mais il reste encore à expliquer un fait qui, si je ne me trompe, a été la source de toutes les erreurs. Chez des individus qui avaient des polypes obstruant les fosses nasales, si complètement qu'ils ne laissaient pas passer la plus petite quantité d'air, on a vu que la voix avait un caractère fort désagréable, qu'on n'a pas pu mieux comparer qu'à la voix nasonnée. Dodard (1), et après lui, M. Rampont (2), médecin de Metz, avaient fait cette remarque avant M. Malgaigne. Ils en avaient conclu que l'expression vulgaire, *parler du nez*, était fausse et qu'il fallait la rejetter; ils ajoutaient que l'altération de la voix venait, au contraire, de ce qu'on ne parlait pas par le nez, et ils donnaient le nom de voix *buccale*, à ce que nous appelons nasonnement. Les expériences que nous avons déjà citées ont prouvé jusqu'à l'évidence que la voix peut être nasonnée, non-seulement quoiqu'on parle par le nez, mais parce qu'on parle par le nez. Quant à l'obstruction complète des fosses nasales, je dirai, que si l'on avait bien observé, on n'aurait pas pris pour le nasonnement une altération toute différente. En effet, les individus dont les fosses nasales sont complètement obturées, se trouvent forcés d'ouvrir largement la bouche pour parler, parce qu'il sort par cette voie, non-seulement l'air qu'elle doit laisser passer, mais encore celui qui devait traverser les fosses nasales. L'ouverture du porte-voix buccal étant largement ouverte, les parois vibrent fort peu, les

(1) *Mém. de l'Acad. des Sciences*, 1700 et 1706.
(2) *De la voix et de la parole*. Paris, an 11. 1803.

vibrations de l'isthme du gosier qui constituent *la voix de tête*, toujours un peu criarde, dominent alors, et le cri ressemble à celui des canards? Ce n'est pas tout, pour prononcer certaines syllabes, il faut nécessairement rétrécir l'ouverture buccale, et même, dans la prononciation de la nasale *n*, la langue collée à la voûte palatine ferme toute issue à l'air qui passe alors en grande abondance par les narines; les individus dont les cavités nasales sont bouchées, ne peuvent plus exécuter ces mouvemens, et il en résulte qu'ils ne prononcent plus convenablement toutes les lettres. Ainsi, ils changent l'*m* et l'*n* en *b* et en *d* qui sont les lettres dont la prononciation se rapproche le plus par son mécanisme de celle des nasales, et ils disent le *dez* pour le *nez* et la *ber* pour la *mer*. Dans la prononciation de l'*a*, au contraire, où l'air ne doit pas sortir par le nez, l'altération de la voix est à peine sensible, et comme l'on peut alors donner à la bouche l'ouverture convenable, le son conserve presque tout son retentissement et presque toute sa pureté (1). Voilà les vrais caractères de cette singulière altération de la voix, et c'est pour ne les avoir pas assez observés qu'on a rejeté les résultats de l'expérience la plus simple et la plus commune. Comment, d'ailleurs, a-t-on oublié que dans les simples perforations de la voûte palatine la voix devient horriblement nasonnée, et certes, alors on ne peut pas dire qu'elle ne sort pas par le nez et qu'elle est *buccale;* ce fait seul renverse toutes les objections.

Conclusions. — 1.° D'après tout ce qui précède, je crois que les rôles principaux dans la propagation et le timbre de la voix doivent être conservés au larynx et à la bouche. La cavité pectorale sert évidemment au retentissement des sons. La bouche fait l'office d'un porte-voix dont on agrandit ou diminue l'ouverture à volonté.

(1) J'ai beaucoup insisté sur ce point dans le cours de ce travail, parce qu'il me paraît capital et qu'il résout à lui seul la question.

2.° Si l'on veut une comparaison pour les fosses nasales, je les comparerai à une espèce de canal de fuite destiné à laisser sortir le trop plein du conduit buccal. Dans toutes les occasions la voix les traverse en quantité variable, ainsi que l'air expiré.

3.° Ce n'est qu'accidentellement que les fosses nasales vibrent de manière à avoir de l'influence sur le timbre de la voix. Il suffit pour cela que la quantité de son qui s'y introduit soit trop grande pour les traverser librement. Cet effet se produit avec la plus grande facilité dans la prononciation des nasales, il n'en est pas de même pour la plupart des autres, c'est ce qui a fait croire à M. Gerdy que l'air et le son ne traversaient les cavités du nez que de temps en temps.

4.° Lorsque les ondes sonores s'introduisent dans les fosses nasales en assez grande quantité pour en être modifiées, on doit regarder ces organes comme un porte-voix dont le pavillon est ou n'est pas fermé. Leurs parois vibrent alors, mais ces vibrations ont un caractère désagréable qui constitue le nasonnement.

5.° Si les cavités nasales sont complètement obturées, la voix a un caractère particulier qu'on a eu tort de comparer au nasonnement.

Nouvelles expériences sur la méthode ectrotique de la variole, de M. Serres; par M. GABIEL, *interne à l'hôpital de la Pitié.*

La variole n'est pas une maladie interne dont on doive favoriser l'éruption sous peine de graves accidens; c'est une maladie de la peau qui, lorsqu'elle est réduite à quelques pustules, guérit sans le concours d'aucun moyen, et qui ne devient grave que lorsque ces pustules sont confluentes. Tel est le résultat des belles recherches de

M. Serres. Ce médecin regarde chaque pustule variolique comme un foyer, comme un centre d'inflammation. Empêcher donc le développement de ces pustules lorsqu'elles ne font encore qu'apparaître, ou provoquer leur avortement lorsqu'elles sont en suppuration; tel est le but qu'on doit se proposer. Pour y parvenir, différens moyens ont été employés; mais je ne crois pas qu'on ait encore porté l'attention sur l'action résolutive du plomb et du mercure dans cette maladie (1).

Depuis le commencement de l'année nous avons fait sur ce sujet quelques expériences dont je viens ici consigner les résultats.

J'ai écarté de ce cadre, comme peu probans, les cas de varioles discrètes, de varioloïdes, et je n'y ai fait entrer que huit observations, dont six de variole semi-confluente et deux de variole confluente, les seules qui aient été soumises à notre examen.

Obs. I.re — *Variole semi-confluente.* — Favet, 25 ans, non vacciné. Prodrômes le 2 janvier 1835. Le 4, l'éruption variolique se manifeste. Le malade est entré à l'hôpital le 5, et est couché salle St.-Athanase, N.° 34. — Les pustules sont ombiliquées; l'aréole qui les entoure est très-rouge.

Craignant de déterminer des accidens cérébraux en expérimentant d'abord sur la figure, et ne voulant que constater l'action du mercure sur les pustules varioliques, nous appliquâmes le jour même de l'entrée du malade, deuxième de l'éruption, à la partie interne de l'avant-bras gauche, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, de la largeur de la paume de la main. Voulant aussi nous assurer si tout autre topique donnerait lieu aux mêmes résultats, nous couvrîmes la même partie de l'avant-bras droit d'un emplâtre de diachylon de la même grandeur.

(1) Zimmermann, dans le *Traité de l'Expérience*, cite quelques cas d'avortement des pustules varioliques par l'emplâtre de Vigo; mais personne, depuis lui, n'a songé à en en retirer des avantages pratiques.

Je ne décrirai pas la marche de la variole, qui fut très-régulière.

Le 13, huitième jour de l'application, il est bien évident qu'à l'avant-bras droit, où fut appliqué l'emplâtre de Vigo, les pustules sont moins nombreuses qu'à l'autre avant-bras; que celles qui existent sont avortées sans suppuration; que la desquamation y a lieu bien plus tôt que dans les pustules qui n'avaient pas été couvertes d'emplâtre de Vigo; que les pustules ne présentent aucune modification à l'avant-bras où fut appliqué le diachylon.

Le malade guérit très bien, mais conserva à la face et sur le corps des ecchymoses sous-cutanées à l'endroit correspondant aux pustules, long-temps après que les parties situées sous l'emplâtre de Vigo furent lisses et de couleur naturelle.

Obs. II.e — *Variole semi-confluente.* — Bonnet, âgé de 15 ans. Non vacciné. Entré le 5 février 1835, salle Saint-Athanase, N.° 9. Prodrômes le 29 janvier. — 1.er février, éruption de quelques boutons de variole. Le 3 février, l'éruption est considérable à la face; les boutons commencent à s'y ombiliquer. A peine quelques boutons sur le corps.

Le soir même de l'arrivée du malade, troisième jour de l'éruption, application sur toute la figure et le front d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, rendu presque liquide par l'addition d'huile d'olive, et l'exposition à une douce chaleur. (Application simultanée de sinapismes aux extrémités inférieures).

Jusqu'au 7 février, la variole marche régulièrement; il n'y a pas eu de céphalalgie. A cette époque, septième jour de l'éruption, quatrième de l'application du topique mercuriel, on enlève l'emplâtre de Vigo. Les pustules de la face et du front, quoiqu'ayant paru les premières, sont moins développées que celles du corps; il y a pourtant un peu de suppuration à leur centre (1). Leur circonférence est pâle.

(1) L'avortement ne fut pas aussi complet que dans les autres cas, parce que, pendant la nuit, une grande partie de l'emplâtre, qu

Les jours suivans, la cupule devient de moins en moins saillante; le liquide se résorbe graduellement. Bientôt la cupule, au lieu de présenter de la fluctuation, est transformée en une sorte de tubercule rougeâtre qui devient blanc par la pression, et qui disparaît chaque jour de plus en plus: dans ce cas, la desquamation semble avoir emporté les couches les plus superficielles de la cupule.

OBS. IIIe — *Variole semi-confluente.* — Constant, Louise, 16 ans. Entrée le 1.er juin 1835, salle du Rosaire, N.° 16. — Cette jeune fille ne porte pas de trace de vaccine, mais elle a eu, à l'âge de huit ans, une variole qu'elle dit avoir été confluente.

Elle fut prise le 29 mai dernier d'un frisson léger; ses règles, qu'elle avait alors, se supprimèrent immédiatement. Le 31, l'éruption se manifeste. — Le 1.er juin elle entre à l'hôpital, le quatrième jour de la maladie, le deuxième de l'éruption. La variole eut un cours régulier: seulement je ferai remarquer, comme l'a observé M. Serres dans les leçons cliniques qu'il nous a faites cette année, que l'éruption, quoique semi-confluente par l'effet d'une variole antécédente, avait tous les caractères d'une variole confluente. Ainsi les pustules étaient déprimées; elles étaient réunies en faisceaux de cinq ou six. Il y en avait dans la bouche, sur les conjonctives, ce qui est très-rare dans les varioles discrètes ou semi-confluentes.

Le 7 juin, dixième jour de la maladie, huitième de l'éruption, j'appliquai sur les deux bras de la malade, du côté droit, un emplâtre de diachylon, du côté gauche un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, de la largeur de la paume de la main: nous choisîmes ce moment pour déterminer si, à une époque aussi éloignée de l'éruption, nous obtiendrions encore des résultats.

---

n'était pas maintenu par des linges et une solution gommeuse, comme je l'ai fait depuis, fut enlevée par les frottemens des joues du malade contre ses draps.

Le 9 juin, deuxième jour de l'application, les pustules situées sous les deux emplâtres, offrent entr'elles des différences bien tranchées : celles situées sous l'emplâtre de diachylon sont un peu flétries; leurs aréoles paraissent moins rouges, moins enflammées que celles des pustules du corps. Les pustules situées sous l'emplâtre de Vigo sont tout-à-fait avortées et réduites à quelques tubercules (1), auxquels l'emplâtre de Vigo a communiqué une couleur qui nous avait fait croire d'abord que les tubercules subissaient dans ce cas les phases de l'ecchymose.

La desquamation de ces tubercules se fit bien plus promptement que celles des pustules de la face et du reste du corps.

La malade est sortie quelques jours après de l'hôpital.

Obs. IV.e — *Variole semi-confluente.* — Bouchetti, Laurent, 22 ans. Traces peu évidentes de vaccine. Entré le 11 juin 1835, salle Saint-Athanase, N.° 33. Prodrômes le 2 juin.

Le 7 juin, apparition à la face de quelques boutons varioliques. — Le 11 juin, jour de son entrée, quatrième de l'éruption, le corps, et surtout la face, sont couverts de pustules ombiliquées; le liquide est très-abondant, l'aréole inflammatoire est peu apparente. Quelques pustules blanches existent sur la voûte palatine et sur la face interne des deux lèvres. Les yeux paraissent être le point confluent des pustules ; ils sont injectés. Les paupières sont rouges, gonflées. Le nez est œdématié.

Salivation assez abondante; déglutition difficile.

Ce même jour, quatrième de l'éruption, voulant mieux apprécier encore que dans la deuxième observation les nuances d'avortement des pustules soumises à l'expérimentation, je ne couvre d'emplâtre de Vigo *cum mercurio* que les deux joues du malade, laissant à découvert son front, ses lèvres

---

(1) Dans ce cas, l'avortement eut lieu plus tôt que dans les autres; je crois qu'il en doit être ainsi chez les femmes, dont la peau, est plus fine et plus délicate.

et le bas de sa figure. Eh bien, dans ce cas, les pustules des joues avortèrent, s'éteignirent complètement, tandis que celles du reste de la face et du corps suivirent leur marche régulière. En effet, je retrouve dans mes notes que le 12 juin, cinquième jour de l'éruption, le cercle inflammatoire des pustules est plus rouge, que la face est un peu plus tuméfiée; qu'enfin quelques pustules nouvelles apparaissent, et suivent, elles aussi, leur marche ordinaire; et pourtant, au milieu de cette fièvre générale, de ce développement de toutes les pustules non soumises à l'expérimentation, ce même jour, dis-je, vingt-quatre heures seulement après l'application de l'emplâtre de Vigo, il fut constaté, par les personnes qui suivaient la visite, que les pustules des joues étaient moins élevées que la veille; que l'aréole inflammatoire avait presque entièrement disparu, tandis qu'elle avait augmenté notablement dans les autres pustules de la face et du corps. Les jours suivans, les mêmes phénomènes d'avortement se continuèrent; mais je dois dire ici de quelle manière l'avortement me sembla avoir lieu. La cupule, qui était pleine de pus à l'entrée du malade, quatrième jour de l'éruption, s'affaissa notablement par résorption du pus, car je ne pus constater l'existence d'aucune ouverture à la cupule; bientôt cette cupule, qui était élevée, et sous laquelle on voyait distinctement la couleur du pus, se réappliqua au corps muqueux. C'est alors que se manifesta le tubercule rouge qui remplace la cupule, tubercule qui est constitué par les cinq ou six petites granulations qu'on retrouve au fond de chaque pustule. Ce tubercule disparaît bientôt par résolution et sans formation de croûtes, et la peau ne conserve aucune trace de cicatrice. La desquamation, dans ces cas, fut insensible, en tant qu'elle ait existé, car je n'ai pu distinguer, à plusieurs reprises, l'exfoliation des lames même les plus superficielles de l'épiderme.

Le malade guérit très-bien, et sortit de l'hôpital, ses joues présentant à peine quelques petites taches roses, sans

cicatrices, et son front et ses lèvres étant couvertes de pustules tuberculeuses en pleine desquamation.

Obs. V.e — *Variole semi-confluente.* — Peyerlé, 29 ans, portant des traces très-légitimes de vaccine. Entré le 3 juin 1835, salle Saint-Antoine, N.° 27, pour une angine œdémateuse et inflammatoire du voile du palais.

Cet homme était presque convalescent de la maladie pour laquelle il était entré à l'hôpital, lorsque, le 14 juin, quelques boutons de variole se manifestèrent sur la face et sur le corps. Il n'est peut-être pas sans intérêt de remarquer que ce malade, quoique vacciné, fut atteint trois jours après l'arrivée d'un variolé dans la salle (Obs. 4.e).

Le sixième jour de l'éruption, au moment où les pustules étaient pleines de liquide, où l'aréole inflammatoire était le plus développée, le plus nettement circonscrite, où le pouls battait avec force, où la figure était œdématiée, où la respiration et la déglutition étaient devenues très-difficiles par le retour de l'angine, nous appliquâmes sur le bras droit du malade un emplâtre de diachylon, sur le bras gauche un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, comme nous l'avions déjà fait (Obs. 3.e); en même temps nous fîmes sur le cou des frictions d'onguent napolitain, utiles au malade pour modifier l'état inflammatoire du voile du palais et des amygdales; elles devaient en même temps nous servir à constater la différence d'action des deux préparations mercurielles sur les pustules varioliques.

Le lendemain, nous découvrîmes les deux emplâtres: les pustules situées sous l'emplâtre de diachylon n'avaient subi aucune modification : une seule pustule que la veille j'avais remarquée être très-grosse et très-bombée, était un peu aplatie et plissée, probablement par la pression qu'exerçait sur elle l'emplâtre de diachylon; c'est la même cause qui, je crois, détermina un commencement d'avortement dans la même circonstance (Obs. 3e). Les pustules que recouvrait l'emplâtre de Vigo étaient pâles, presque sans aréole; le liquide avait en grande partie dis-

paru. Nous réappliquâmes les emplâtres, et la modification des pustules, déjà très-sensible le premier jour, le devint bien davantage les jours suivans. Au bout du troisième jour, les pustules étaient réduites au tubercule que j'ai déjà décrit, et sur lequel je ne reviendrai pas. Dans ce cas, l'exfoliation, la desquamation de l'épiderme furent très-manifestes. Quant aux pustules de la partie inférieure de la face et du cou, pustules qui avaient été en contact avec l'onguent napolitain, il fut facile de constater qu'elles avaient été puissamment modifiées. Mais la longueur qu'avait acquise la barbe du malade, ne nous permit pas de bien étudier dans quel rapport l'avortement avait eu lieu.

Le 1.er juillet, il n'y a plus de trace de tubercules aux endroits où ont été appliqués l'emplâtre de Vigo et l'onguent napolitain, et cependant tout le corps et la figure sont couverts de pustules tuberculeuses dont la desquamation ne fait que commencer.

Obs. VI.e — *Variole semi-confluente.* — Collot, Clément, 35 ans. Non vacciné. Prodrômes le 13 ou 14 juillet. Saigné le 16 et le 17. Entré le 18, salle Saint-Athanase, N.° 4.

Dans la journée du 17, apparition de quelques boutons. — Le 19, ils sont développés et peu nombreux, excepté à la face où ils sont et plus gros et plus confluens. Céphalalgie depuis le commencement de la maladie.

Le lendemain de l'entrée, application sur les deux joues d'emplâtres de Vigo *cum mercurio*, maintenus avec une solution de gomme concentrée. — Le 20, la céphalalgie a disparu, sans avoir besoin de recourir aux sangsues ni aux sinapismes. — Le 24, on enlève les emplâtres après cinq jours d'application. A l'exception de trois pustules qui ne sont que flétries, toutes sont réduites à un tubercule. Les autres pustules de la face et du corps sont en pleine suppuration. — Le 28, toutes les pustules qui entourent l'emplâtre de Vigo, sont couvertes de croûtes épaisses, dures. Quant aux tubercules des joues, leur rougeur est la même

au centre qu'aux bords : la desquamation n'a pas commencé. — 8 août, la plupart des croûtes de la face sont tombées : elles laissent à découvert des cicatrices plus ou moins profondes, surtout au front : ces cicatrices sont d'un rouge foncé. Les tubercules des joues sont moins saillans; la desquamation y est presqu'insensible. Je dois ajouter que dans l'épaisseur de la barbe il y a quelques pustules qui se sont terminées spontanément par tubercules, et qui ne donnent point lieu à des cicatrices.

Le malade sort le 10 août.

Obs. VII.e—*Variole confluente.*—Daller, Charles. 16 ans. Il a été vacciné, mais le vaccin n'a pas pris. Il a eu la petite-vérole à dix-huit mois; elle ne laissa aucune trace. Entré le 15 juillet 1835, salle Saint-Athanase, N.° 1. Prodrômes le 9 juillet. Le 11, apparition des premiers boutons varioliques.

Le jour de l'entrée, quatrième de l'éruption, les boutons sont déprimés, confluens, même sur le corps, réunis par 3, 4, 5, non ombiliqués.

Ce même jour, l'on applique sur chaque joue un emplâtre de Vigo *cum mercurio*, d'un pouce et demi de diamètre, de manière à laisser à découvert le bas de la figure, les lèvres inférieure et supérieure, le nez, et la partie correspondant au muscle masséter. En procédant ainsi, je devais avoir une ligne de démarcation bien tranchée, bien nette, aux bords de l'emplâtre. En même temps j'applique sur le bras droit un emplâtre de litharge en poudre unie à l'axonge; sur le bras gauche, un emplâtre de charbon porphyrisé, uni à l'axonge; sur la cuisse droite (à la partie interne), une solution gommeuse concentrée, recouverte d'une compresse et d'une bande; sur la cuisse gauche, un emplâtre de Vigo *cum mercurio*. Ces emplâtres, tous de la largeur de la paume de la main (à l'exception de ceux des joues), furent disposés sur un linge, et maintenus en place par une solution gommeuse concentrée.

Pendant la nuit qui suivit cette application, l'emplât

de la joue gauche se détacha, et ne fut plus replacé : il ne resta donc appliqué que quatorze ou quinze heures. L'emplâtre de la joue droite tomba également le 18, trois jours après l'application. Enfin le 19, quatre jours après l'application, nous procédâmes à l'enlèvement de tous les emplâtres, et voici ce que nous observâmes : sous l'emplâtre de charbon porphyrisé, les pustules, au premier coup-d'œil, semblaient avortées, parce que le liquide contenu dans les cupules s'était en partie écoulé par l'effet des frictions énergiques qu'on fut obligé de faire pour mettre la peau à découvert : cela était évident, car le fond des cupules saignait encore; mais en examinant avec attention, l'on voyait que la base de la cupule était aussi large qu'ailleurs, que l'aréole n'avait point pâli. Sous l'emplâtre de litharge, il y avait un avortement manifeste; car non-seulement les cupules persistantes étaient tranformées en tubercules, mais encore le plus grand nombre avait disparu, de telle sorte qu'il n'y en avait que quinze ou seize, tandis que sur une surface d'égale dimension, à côté de l'emplâtre, les cupules encore pleines de pus étaient innombrables. Un fait encore à remarquer, c'est que sous l'emplâtre tous les tubercules étaient isolés, tandis que ailleurs les cupules étaient confluentes et réunies par leurs bases. Sous la solution gommeuse concentrée de la cuisse droite, il n'y eut aucun effet de produit : le nombre des pustules était absolument le même que celui des pustules des parties environnantes. Sous l'emplâtre de Vigo, à la cuisse gauche, il n'y a que dix-sept tubercules et cinq pustules qui contiennent encore un peu de pus. Sur une surface d'égale dimension prise au hasard auprès de cet emplâtre, le nombre des pustules s'élève à plus de 100. La solution gommeuse qui maintenait tous ces emplâtres, et qui existait dans l'étendue d'un demi-pouce autour de chacun d'eux, n'avait fait éprouver aux pustules aucune modification.

Le 21 juillet, dixième jour de l'éruption, pendant que

l'épiderme s'est fendillé, et ses débris donnent lieu à des surfaces de différentes grandeurs, comme dans la desquamation de l'érysipèle. Il s'est racorni; car entre chaque débris existent des sillons sinueux, au-dessous desquels l'on voit la peau blanche sans trace de tubercules. Ces débris d'épiderme tiennent encore par leur centre à la peau au moyen d'un liquide incolore. L'on ne s'aperçoit du lieu de leur adhérence qu'en voulant enlever l'épiderme; car à la vue seule il est impossible de dire dans quel lieu l'adhérence existe encore.

Une seule pustule a échappé à cet avortement complet, et c'est auprès de la bouche où l'emplâtre s'est décollé.

Quoique dans cette observation, toutes les pustules de la face aient avorté, il n'y a pas eu le moindre accident; et certes si une résorption funeste était à craindre, c'était bien dans ce cas, où toutes les pustules de la face, à l'exception de celles du front, furent arrêtées dans leur développement.

De ces observations, nous croyons pouvoir conclure :

1.° Que l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, et la litharge en poudre unie à l'axonge, font à coup sûr avorter les pustules varioliques; que c'est à leur action résolutive qu'est dû cet avortement (1);

2.° Que le diachylon (2), le charbon porphyrisé, les solutions gommeuses, etc., ne donnent lieu à aucun phénomène d'avortement;

---

(1) Ce qui le prouve clairement, c'est qu'il a suffi dans trois cas (Obs. 3.e, 4.e et 7.e), de moins de vingt-quatre heures pour que l'emplâtre de Vigo déterminât l'avortement. Si la soustraction au contact de l'air était la cause de cet avortement, il est évident que lorsque les surfaces soumises à l'expérimentation furent découvertes, au bout de vingt-quatre heures elles devaient recommencer à pustuler, ce qui n'eut jamais lieu.

(2) Nous avons dit à quelle cause nous attribuions le commencement de flétrissure observé sur quelques pustules seulement. (Obs. 3.e et 5.e)

3.° Que l'avortement a lieu, non-seulement quand les pustules viennent de paraître, mais encore quand elles sont en pleine suppuration. (Obs. 3, 5 et 7) ;

4.° Que cet avortement a lieu d'une toute autre façon que dans la varioloïde. Dans la varioloïde, en effet, l'on appelle avortement le prompt desséchement de la pustule, tandis que dans l'avortement obtenu avec l'emplâtre de Vigo et la litharge en poudre, la cupule ne s'ouvre pas; le pus variolique ne se fait pas jour au dehors ; il est réellement résorbé : condition qui rend impossible la formation de cicatrices;

5.° Que cette résorption de pus n'amène aucun des accidens auxquels, théoriquement, avant les travaux de M. Serres, l'on aurait pu s'attendre ; qu'au contraire, l'avortement des pustules rend la maladie moins grave, puisqu'il diminue le nombre des pustules, et qu'en définitive, c'est dans ce nombre que consiste la gravité de la maladie (1).

Voilà des faits qui, rapprochés de ceux de la méthode ectrotique de M. Serres, à laquelle on n'a reproché que la difficulté deson application, semblent mériter l'attention des praticiens : ils sont peu nombreux, il est vrai, mais concluans par la conformité de leurs résultats. Je promets bien de continuer ces recherches, et si je me suis décidé à publier ce commencement d'expérimentations, c'est pourque la question, si elle est jugée intéressante, soit étudiée en même temps par d'autres que par nous, et que d'une masse de faits dérivent plus promptement des résultats positifs.

(1) Il n'est pas douteux qui si l'on faisait avorter sur un individu toutes les pustules de la face et du corps, la variole deviendrait très-simple. Jusqu'ici nous n'avons provoqué que l'avortement des pustules de la face, et nous n'avons jamais eu d'accidens de la part des pustules du corps ; cependant, dans le premier cas de variole qui se présentera, nous couvrirons de litharge et d'emplâtre de Vigo la plus grande partie du corps possible.

MÉDECINE ÉTRANGÈRE.

Recherches sur le diagnostic des anévrysmes de l'aorte thoracique; par George Greene, *D. M., etc.* (1).

Dans ce mémoire, le docteur Greene s'est proposé d'éclairer le diagnostic des anévrysmes de l'aorte thoracique, à cette époque de la maladie où des signes extérieurs non douteux ne sont point encore venus révéler son existence. Les considérations intéressantes auxquelles il se livre, sont appuyées sur les faits suivans :

Obs. Ire. — *Double anévrysme de l'aorte thoracique. Mort prompte par rupture du sac anévrysmal dans la bronche gauche.* — Luke Moran entra à l'hôpital de Whitworth, le 7 avril 1834. Depuis deux ans, il était sujet à une toux acompagnée de dyspnée intense et de l'expectoration d'un mucus écumeux. La toux se reproduisait sous forme de paroxysmes, le plus souvent vers le soir; il éprouvait aussi des douleurs irrégulières, lancinantes, dans la poitrine. Ces symptômes devinrent si intenses et si permanens, qu'il fut obligé de quitter ses travaux six mois avant son entrée à l'hôpital.

Lorsqu'il se présenta à Whitworth, il était dans l'état suivant : La toux offrait les caractères qui viennent d'être indiqués, elle revenait par accès qui duraient une demi-heure, et s'accompagnait d'une suffocation imminente. La dyspnée était produite ou augmentée par le plus léger exercice. Le malade rapportait au sommet du sternum sa plus grande souffrance; pendant l'inspiration, la trachée était portée profondément en arrière de cet os. Res-

(1) *Dublin Journal*, N.° XX. (Extrait de l'anglais par G. Richelot).

piration laryngienne (*laryngeal*) ; douleurs lancinantes dans la poitrine; légère dysphagie; pouls semblable aux deux poignets; turgescence de la veine jugulaire gauche; aucune tumeur, aucune pulsation visible au dehors; point d'œdème ni d'engourdissement des membres supérieurs; résonnance de la poitrine bonne partout. Si l'on appliquait le stéthoscope à la partie antérieure du thorax, une impulsion manifeste était communiquée à l'instrument, au niveau du tiers supérieur du sternum, et, de chaque côté, à une petite distance de cet os. Cette impulsion était beaucoup plus forte que celle du cœur; elle n'était accompagnée d'aucun bruit appréciable; la respiration était faible dans le poumon gauche, forte et claire dans le poumon droit, surtout lorsqu'on prescrivait au malade de respirer avec force; une impulsion manifeste était également communiquée au stéthoscope, dans une étendue considérable, en arrière, le long de la colonne vertébrale, au côté gauche des apophyses épineuses des vertèbres dorsales. Dans cette région, il n'existait aucun frémissement cataire, mais on percevait un bruit de soufflet bien distinct, quoiqu'éloigné; l'impulsion et les bruits du cœur étaient normaux; explorée en arrière et dans l'aisselle, la respiration était laryngienne dans le sommet du poumon gauche, naturelle et même forte et sonore dans le sommet du poumon droit. — On diagnostiqua un anévrysme de l'aorte, et l'on prescrivit la digitale, une petite saignée du bras, et une application de sangsues à la partie supérieure du sternum.

Le malade resta en traitement pendant cinq jours. Le 12 avril, au moment de la visite, il rendit tout-à-coup avec abondance du sang par la bouche : traits exprimant une vive anxiété; douleur vive dans la région mammaire du côté gauche; la quantité de sang expectoré devint considérable, ce sang était vermeil. Une espèce de râle muqueux, très-fort, se faisait entendre au sommet et à la partie centrale du poumon gauche. Affaissement rapide; mort au bout d'une demi-heure, avec les extrémités froides et exsangues.

Nécroscopie. — Cœur et péricarde sains; poumon gauche infiltré de sang; cavité pleurale remplie par une grande quantité de sang; poumon droit infiltré de la même manière dans sa moitié postérieure; emphysémateux dans son bord antérieur. Les portions de poumon infiltrées se déchiraient facilement avec le doigt. L'aorte était dilatée, et présentait des plaques athéromateuses entre sa membrane interne et sa membrane moyenne. A l'endroit où elle contourne la bronche gauche, elle offrait un sac anévrysmal de la grosseur d'une petite orange. Cet anévrysme communiquait avec la bronche gauche par une ouverture qui pouvait à peine admettre une sonde. Le sac était rempli par des couches fibrineuses; il avait légèrement comprimé la bronche gauche. L'œsophage était situé à droite de la tumeur. En enlevant les poumons, on trouva un autre anévrysme un peu plus volumineux que le premier, situé à la partie antérieure de l'aorte, et correspondant environ à la septième vertèbre dorsale. La tumeur avait contracté de solides adhérences avec la face postérieure du poumon gauche, et renfermait ainsi que l'autre des couches fibrineuses.

Obs. II[e]. *Anévrysme de l'aorte descendante. Mort soudaine sans rupture du sac.* — Anne Lee, âgée de 17 ans, d'un tempérament pléthorique, d'un teint coloré, entra à l'hôpital de Whitworth, le 8 janvier 1835. Dans une chute violente qu'elle avait faite deux mois auparavant, son dos avait porté avec force contre la rampe d'un escalier; depuis ce moment, elle éprouvait continuellement de la douleur et une sensation de faiblesse dans cette région. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, la douleur était limitée à la partie du rachis correspondant à la seconde, à la troisième et à la quatrième vertèbres dorsales. Environ six semaines auparavant, il s'était manifesté, pour la première fois, une toux accompagnée de constriction de la poitrine et de dyspnée, et, peu de temps après, de la dysphagie.

L'attention du Docteur Greene fut attiré par le caractère

de la toux de cette femme. Cette toux était forte, âpre, et offrant une sorte de tintement. On observait chez cette malade, la rétraction de la trachée en arrière, qui avait été observée dans le cas précédent.

Symptômes généraux. — Toux, avec expectoration spumeuse, assez abondante, revenant par paroxsymes pendant lesquels la malade était obligée de se mettre sur son séant, dans la crainte de suffoquer, se reproduisant presque à chaque instant, mais avec une intensité toute particulière vers le soir; dyspnée pénible, surtout dans les mouvemens, même les moins considérables; difficulté pour avaler, rapportée au niveau du tiers supérieur du sternum, où il semblait à la malade que le bol alimentaire s'arrêtait et avait besoin d'être poussé dans l'estomac par l'ingestion d'un liquide; douleur à la pression des apophyses épineuses des 3e et 4e vertèbres dorsales; cette douleur était de caractère lancinant, s'irradiait de l'épine au sternum en traversant toute l'épaisseur de la poitrine; pouls semblable aux deux poignets pour la force et pour la régularité; point d'engourdissement, ni de pincemens, ni d'œdème aux membres supérieurs; appétit bon; langue nette et humide; selles naturelles; respiration accélérée; règles supprimées depuis 6 mois; pouls à 98, plein et régulier.

Signes physiques. — Tout le thorax donnait un son clair à la percussion; le murmure respiratoire était très-distinct dans le poumon droit, mais il était accompagné par une espèce de bruit de soufflet, que l'on percevait en arrière, dans un point correspondant à la bronche droite, ainsi que dans l'aisselle du même côté. Dans le poumon gauche, la respiration était faible et quelquefois presque inappréciable. On percevait, dans la région inter-scapulaire, une impulsion obscure accompagnée d'un bruit de soufflet. Cette impulsion et ce bruit étaient appréciables surtout à gauche de la colonne vertébrale, et seulement dans l'endroit où la pression déterminait de la douleur. Ils étaient beaucoup plus

prononcés quand la circulation artérielle était excitée par suite de quelques mouvemens prescrits à la malade. En avant, une impulsion était communiquée au stéthoscope, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire du côté gauche. Cette impulsion était accompagnée par un double bruit et était un peu plus forte que celle du cœur. Dans le même point, on entendait un bruit de soufflet obscur. L'impulsion et les bruits du cœur étaient naturels. La percussion sur le sommet du sternum déterminait de la douleur.

(Petite saignée du bras; sangsues à la partie supérieure du sternum; potion avec la teinture de digitale; un peu de viande; du lait; repos absolu.)

Sous l'influence de ce traitement, la malade parut obtenir du soulagement pendant un court espace de temps; mais la toux, la dyspnée, la douleur lancinante, et la dysphagie, revinrent avec plus d'intensité. On fut obligé de recourir aux saignées tant locales que générales pour pallier la violence des symptômes.

Deux jours avant la mort, l'exploration de la malade fournit les symptômes suivans: double impulsion très-forte, un peu au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire, à gauche de la ligne médiane du sternum, accompagnée par deux bruits distincts, et un bruit de soufflet sonore. L'impulsion diminuait à mesure qu'on s'approchait du cœur, dont l'impulsion et les bruits étaient restés naturels. Aucune pulsation anormale n'était appréciable aux doigts placés profondément derrière les clavicules; la veine jugulaire gauche était gonflée. En arrière, au niveau de la troisième et de la quatrième vertèbre dorsale, le stéthoscope faisait percevoir une impulsion bien marquée, en apparence unique, accompagnée d'un bruit de râpe; ces phénomènes devenaient moins appréciables, à mesure qu'on appliquait le stéthoscope plus bas, le long du côté gauche de la colonne vertébrale. La respiration donnait les mêmes résultats qu'au premier examen, mais ils étaient

plus prononcés. En appliquant avec force la face palmaire du pouce le long du rachis, au niveau du point où l'impulsion anormale était perçue, on éprouvait une sorte de frémissement qui était communiqué à la main. La pression dans ce point causait de la douleur. En avant, on apercevait une élévation horizontale au niveau du sommet du sternum; dans cet endroit, la percussion produisait de la douleur, et l'on percevait une pulsation; mais le son n'était point mat. Les symptômes généraux s'aggravèrent. La dyspnée devint surtout insupportable. La malade mourut subitement le 5 février, dans un accès de suffocation.

Autopsie. — Le cœur et le péricarde étaient sains. Une tumeur anévrysmale naissait de la portion descendante de la crosse de l'aorte, dans le point où elle est en contact avec la bronche gauche, et se dirigeait transversalement au-devant des vertèbres, de gauche à droite. L'œsophage marchait directement au devant de la tumeur, et la séparait de la bifurcation de la trachée. Au point où la portion transversale de l'aorte s'unit à sa portion descendante, un petit anévrysme, pouvant loger une fève, était situé en arrière et comprimait la bronche gauche; cet anévrysme communiquait avec la cavité de l'aorte par une ouverture parfaitement circonscrite. La plus grosse tumeur appuyait sur le corps de la troisième et de la quatrième vertèbre dorsales, dont le tissu osseux était résorbé, laissant proéminer la substance intervertébrale. Cette portion du rachis formait la paroi postérieure de la poche anévrysmale, dont la pression avait un peu aplati la bronche droite. Cette poche communiquait avec l'aorte par une ouverture arrondie pouvant admettre le pouce. Intérieurement, elle était tapissée par un coagulum solide, ressemblant à de la chair, et paraissait contenir très-peu de sang récemment coagulé. Elle aurait pu admettre une petite orange.

Obs. IIIe. *Anévrysme de l'aorte thoracique; mort subite par rupture de l'anévrysme dans la bronche gauche.* —

Michael Hughes, tonnelier, âgé de 38 ans, robuste et bien conformé, entra à l'hôpital de Meath, accusant une grande dyspnée, de la toux, et des douleurs dans divers points du dos et de la poitrine. Il fut examiné par le docteur Stokes. Toute la poitrine donnait un son clair. Dans le poumon droit, la respiration était fortement puérile; elle manquait complètement dans la partie supérieure du poumon gauche, et était seulement faible dans la partie inférieure du même poumon. En appliquant le stéthoscope à la région axillaire gauche, et en prescrivant au malade de faire une profonde inspiration, on ne percevait aucun murmure respiratoire pendant la première moitié de l'inspiration, mais pendant la seconde moitié, l'air semblait surmonter quelque obstacle et entrer de force pour distendre le poumon. Le côté gauche de la poitrine était presque immobile pendant l'acte de la respiration, mais le côté droit jouissait de toute la liberté de ses mouvemens. Si l'on appliquait la main sur la partie supérieure du côté gauche, on ne percevait pas la vibration de la voix. Cette vibration était très-faible au-dessous de ce point, mais très-marquée dans tout le côté droit. L'impulsion et les bruits du cœur étaient naturels. Une double pulsation très-forte était entendue au niveau de la région sous-claviculaire gauche, et à la partie correspondante du thorax en arrière du même côté. La main appliquée sur la région sous-claviculaire gauche percevait une impulsion distincte. Aucun bruit de soufflet ne put être reconnu. La toux était forte et sonore, et offrait un caractère croupal particulier. L'expectoration était rare, composée par un mucus écumeux; la respiration était précipitée. Pouls 86, modérément plein; langue nette; appétit bon : jamais il n'y avait eu de dysphagie ni de douleur dans la gorge.

Hughes attribuait sa maladie au froid qu'il avait éprouvé en dormant dans un local humide, cinq mois auparavant. Peu de temps après, il devint sujet à des transpirations, à

des douleurs vagues dans le dos et dans les côtés de la poitrine, douleurs qu'augmentaient les mouvemens et qui s'accompagnaient de dyspnée. Il comparait les douleurs qu'il éprouvait dans le dos, à des coups de couteau. La dyspnée augmenta peu-à-peu, ainsi que la gêne des mouvemens; et, peu de temps après, se manifesta une toux forte et sèche. Le traitement se composa principalement de saignées locales, et de la teinture de digitale à petites doses.

Le 2 mai, on entendait une double pulsation très-forte, au niveau de la partie moyenne de la clavicule droite; la pulsation était devenue plus forte à la région sous-claviculaire et au niveau de l'omoplate, et l'on sentait une forte impulsion au-dessous du tiers moyen de la clavicule. Dans ce dernier point, on observait un bruit de scie aigu et bien marqué, mais seulement quand le malade avait marché pendant quelque temps dans la salle; ce bruit disparaissait quand le malade était tranquille depuis quelque temps, pour reparaître après un nouvel exercice.

Le malade, ayant quitté l'hôpital de Meath, entra, au bout de quelque temps, à l'hôpital de Richmond, dans le service de M. M'Dowel. Il présentait alors les symptômes suivans :

Résonnance bonne à la surface antérieure du thorax, sauf un peu de matité à la région sous-claviculaire et à la région mammaire du côté gauche; respiration remarquablement forte et claire dans le poumon droit, très-obscure dans le poumon gauche, excepté dans une profonde inspiration qui produisait un murmure vésiculaire peu intense; forte impulsion communiquée au stéthoscope, à deux pouces au-dessous de la clavicule, et à environ un pouce et demi à gauche de la ligne médiane du sternum; impulsion également perceptible jusqu'à la clavicule droite en traversant le sternum. Cette impulsion anormale était plus forte que celle du cœur, et semblait résulter d'une pulsation double; elle était appréciable à la main. Légère impulsion

communiquée au stéthoscope à gauche de la seconde et de la troisième vertèbres dorsales ; aucun bruit de soufflet dans ce point, ni antérieurement, excepté après un exercice fatigant ; douleur à la percussion sur le tiers supérieur du sternum, et au niveau des vertèbres indiquées ; toux violente, croupale, accompagnée d'une sorte de frémissement et d'une abondante expectoration écumeuse et purulente. Douleurs lancinantes très-vives, prenant leur point de départ dans la partie supérieure de la poitrine et se propageant dans diverses directions ; dyspnée extrême ; sueurs abondantes, limitées à la tête et à la poitrine ; pas de dysphagie ; gonflement de la veine jugulaire gauche ; pouls semblable aux deux poignets ; pas d'engourdissement ni d'œdème des membres supérieurs ; impulsion et bruits du cœur naturels.

Ces symptômes firent peu-à-peu des progrès ; on employa la saignée, la digitale, les contre-irritans, rien ne procura du soulagement ; le malade mourut subitement dans un accès de toux, en expectorant une grande quantité de sang.

Autopsie. — Une tumeur anévrysmale naissait de la portion descendante de l'aorte, et comprimait la bronche gauche qui était considérablement rétrécie. La paroi postérieure du sac anévrysmal était constituée par le corps de la seconde et de la troisième vertèbres dorsales, dont la substance osseuse était absorbée comme dans le cas précédent. L'intérieur du sac était tapissé par un coagulum fibrineux ; le sac s'ouvrait dans la bronche gauche. L'œsophage était légèrement refoulé à gauche. L'aorte offrait un nombre considérable de plaques athéromateuses situées entre la membrane interne et la membrane moyenne. Le cœur et le péricarde étaient sains.

A la lecture des observations qui précèdent, on voit que quelques symptômes leur sont communs. Le premier est la remarquable différence qui existe entre la respiration des

deux poumons : le docteur Stokes a déjà insisté sur ce symptôme. Sa valeur consiste, suivant ce médecin, en ce que l'absence de bruit respiratoire ne peut être expliquée par aucune lésion du poumon, appréciable par l'auscultation et la percussion. La sonoréité de la poitrine, unie à la faiblesse de la respiration, porte en effet à admettre qu'il existe quelque obstacle à l'entrée de l'air dans le poumon au moment de l'inspiration. Il ajoute que peut-être l'observation fera voir qu'une tumeur solide comprimant une bronche produit un affaiblissement permanent de la respiration, tandis qu'une tumeur anévrysmale peut produire ce phénomène d'une manière intermittente, à cause de la nature variable du contenu de la poche anévrysmale. Le docteur Greene n'a pu observer cette dernière circonstance. Le seul cas qu'il ait rencontré d'une tumeur solide comprimant la trachée ou ses divisions, est le suivant :

Obs. IV.e — Mary White entra à l'hôpital de Whitworth pour une bronchite aiguë, très-intense. L'existence de cette maladie fut bien établie par la percussion et l'auscultation. Elle fut traitée par la saignée, à laquelle on fut obligé de recourir plusieurs fois, et par le tartre stibié. Ce traitement produisit une amélioration marquée. Mais dès que le traitement fut suspendu, les symptômes se reproduisirent avec la même intensité, ce qui engagea le docteur Greene à examiner la poitrine avec soin. Il soupçonnait qu'une tumeur anévrysmale pouvait être la cause de la grande dyspnée et de la toux ; mais, dans plusieurs explorations, il ne put trouver aucune preuve de l'existence de cette affection. Il n'y avait aucune différence appréciable dans la respiration des deux poumons, ni aucune pulsation anormale dans aucune partie de la poitrine. Le râle muqueux était très-fort. Malgré tous les moyens employés, la dyspnée devint de plus en plus intense et fréquente, et la malade mourut dans un moment où elle s'asseyait sur son lit, probablement en cherchant quelque soulagement dans une attitude verticale.

Autopsie. — Une glande bronchique, du volume d'une grosse noix, adhérait à la trachée, au niveau de sa bifurcation. Elle était remplie de matière osseuse et caséeuse. On trouva de la matière scrofuleuse dans la bronche droite, mais il est probable qu'elle n'y était parvenue que par une incision accidentelle faite au moment de la dissection, et qu'elle venait de la glande tuméfiée. Les bronches offraient, dans toute leur étendue, des traces d'inflammation intense.

Dans ce cas, la dyspnée ne pouvait avoir été produite par la pression de la tumeur sur les bronches, puisque leur calibre n'était diminué en rien. Il est plus probable qu'elle dépendait de l'irritation des nerfs, principalement le phrénique, qui était en rapport intime avec les pointes osseuses dont la tumeur était garnie. Il eût été intéressant de rechercher avant la mort, si la dypsnée aurait augmenté d'intensité, comme cela a lieu presque inévitablement dans les cas d'anévrysme, après avoir fait marcher le malade avec vitesse, de manière à accélérer la circulation et à produire ainsi une distension du sac anévrysmal ; mais convaincu qu'il n'y avait point d'anévrysme, le docteur Greene négligea ce moyen d'exploration.

Le second signe qui s'est présenté dans ces cas, c'est la présence d'une pulsation anormale dans l'intérieur du thorax. Laennec avait peu de confiance dans ce symptôme, excepté lorsqu'il se présentait sous forme d'une forte et unique impulsion. Toutefois plusieurs circonstances peuvent empêcher qu'on ne perçoive cette impulsion unique, lorsqu'on examine la poitrine en avant. La proximité du cœur ou de l'origine de l'aorte, ôtera beaucoup de sa valeur à ce phénomène, car l'impulsion peut être dans ce cas communiquée à la tumeur par l'un ou l'autre de ces organes. Si la tumeur occupe la portion descendante de l'aorte, son impulsion sera masquée par celle du cœur situé au-devant d'elle. La difficulté sera augmentée dans les cas d'hyper-

trophie du cœur. Quoi qu'il en soit, ce signe est de la plus haute importance. Le docteur Hope a remarqué que, quand il est perçu en arrière, et surtout quand il est accompagné d'un bruit de râpe, il annonce presque certainement un anévrysme. Ce phénomène était très-marqué dans les cas qui ont été décrits ci-dessus, surtout dans le deuxième. Les bruits qui accompagnent cette impulsion sont susceptibles de varier beaucoup; ils dépendent sans doute de la nature du contenu du sac anévrysmal, de la grandeur de l'ouverture de communication aux diverses époques de la maladie, et aussi de l'état d'accélération ou de calme de la circulation.

Il est bien certain que l'on peut entendre deux bruits distincts dans une tumeur anévrysmale ; mais le docteur Greene n'ose point hasarder encore une explication de ce phénomène.

Il résulte des faits précédens, que la percussion n'est d'aucune utilité dans le diagnostic des anévrysmes de l'aorte. Ce résultat négatif est toujours obtenu quand la tumeur est située auprès de la colonne vertébrale, et qu'elle n'a pas acquis un volume considérable. Si en même temps les poumons sont sains, le son sera clair à la partie antérieure de la poitrine, et toute matité obtenue en arrière, sera rapportée à la présence du rachis lui-même. D'un autre côté, quand la tumeur a acquis assez de développement pour donner lieu à de la matité, alors la maladie est assez évidente par d'autres symptômes plus remarquables, pour que la percussion soit à peu près inutile. Ces considérations peuvent s'appliquer à tout anévrysme thoracique à son début, quel que soit son siége; mais la chose est plus frappante pour les cas auxquels il est fait allusion ici.

Dans la seconde observation, un frémissement cataire était perceptible en arrière au niveau du point où l'on observait une impulsion anormale, et cela, lorsqu'on appli-

quait avec force la face palmaire du pouce sur ce point ; ce frémissement cataire n'était appréciable en aucun autre endroit de la poitrine ; il continuait à se faire sentir quand la respiration était suspendue. Ce phénomène ne fut point aussi remarquable dans les autres cas ; et il est probable qu'il n'accompagne pas toujours le développement de ces anévrysmes dans toutes les périodes de leur accroissement. Cependant, il doit être pris en considération quand il s'observe dans un point éloigné du cœur, et quand on peut s'assurer qu'il n'est lié ni à une maladie de ce dernier, ni à une maladie pulmonaire.

Quant aux symptômes que l'on appelle *généraux*, ils doivent nécessairement varier suivant la position qu'occupe la tumeur anévrysmale. Dans les cas qui précèdent, il n'existait ni différence dans le pouls aux deux poignets, ni engourdissement, ni œdème des membres supérieurs. L'absence de ces symptômes, lorsque les signes physiques d'anévrysme sont bien caractérisés, peut nous conduire à connaître d'une manière très-précise le point du vaisseau qui est occupé par l'anévrysme, ainsi que la marche de la maladie. Ainsi, quand avec les signes physiques d'anévrysme, ne coïncide point la différence des deux pouls, on doit penser que la tumeur est située au-dessous de l'origine des gros troncs vasculaires qui se rendent à la tête et aux membres supérieurs ; si, dans le cours de la maladie, cette différence se manifeste, c'est que le sac anévrysmal se développe, gagne en hauteur, et exerce une compression sur ces vaisseaux. Cette remarque s'applique également à l'absence d'engourdissement et d'œdème dans les membres supérieurs.

Les violens accès de dyspnée constituèrent l'un des plus remarquables phénomènes de ces observations ; mais si nous réfléchissons aux causes nombreuses d'où peut naître ce symptôme, nous sommes forcés de conclure qu'il est très-incertain, considéré en lui-même. Dans la maladie

qui nous occupe, il est extrêmement probable que d'autres causes concourent avec la pression exercée sur les bronches par la tumeur, pour la production de la dyspnée. C'est ainsi que dans le cas de la femme White (obs. 4), la dyspnée dépendit probablement de l'irritation des nerfs qui environnaient la tumeur. On conçoit, en effet, que l'irritation produite sur le nerf phrénique par des pointes osseuses, puisse déterminer des spasmes violens du diaphragme.

La gêne de la déglutitition doit s'observer plus souvent dans les cas où la tumeur occupe la portion transversale et la portion descendante de la crosse de l'aorte, que lorsqu'elle occupe toute autre point. A cette hauteur, l'œsophage est en quelque sorte moins mobile que dans toute autre partie de son trajet, si ce n'est au point où il traverse le diaphragme. Grâce à sa mobilité dans le reste de sa longueur, il peut éluder en grande partie et pendant longtemps, la pression d'une tumeur anévrysmale. Quand la dysphagie existe, elle n'a de valeur qu'autant qu'elle coïncide avec les signes physiques d'anévrysmes. Il est de la plus haute importance de savoir à quoi tient cette dysphagie, quand elle existe, ainsi que le prouvent les cas où, ne pensant pas qu'elle dépendît de la compression exercée sur l'œsophage par une tumeur anévrysmale, on introduisit une sonde dans ce conduit.

Les auteurs signalent ordinairement le gonflement de la veine jugulaire gauche parmi les symptômes des anévrysmes de l'aorte. Ce symptôme se présenta dans les trois cas rapportés plus haut. Mais comme la tumeur, dans ces trois cas, était à une distance considérable au-dessous de la veine innominée, il est extrêmement difficile d'expliquer comment la circulation a pu être modifiée dans l'intérieur de cette veine. Peut-être la crosse de l'aorte était-elle distendue outre mesure par suite de la gêne de la circulation dans sa cavité, gêne qui aurait été produite par la tumeur anévrysmale, et comprimait-elle à son tour la veine innomi-

née ? Si cette explication était vraie, ce symptôme existerait lorsque l'anévrysme aurait son siége à une très-grande distance de la veine innominée.

Ainsi, pour les anévrysmes de la crosse de l'aorte, il existe un certain nombre de signes qui, lorsqu'ils sont liés avec des symptômes généraux suffisans, permettent de diagnostiquer cette affection, avant qu'elle ait acquis un développement considérable.

Mais il n'en est point ainsi pour les anévrysmes qui se développent dans le reste du trajet de l'aorte thoracique. Alors les signes diagnostiques diminuent de nombre, et souvent ils sont si peu caractérisés que la maladie échappe à toute investigation.

Obs. Ve. — Laurence Duffy, âgé de 43 ans, entra à l'hôpital de Whithworth, le 12 juillet 1833. Il avait toujours joui d'une bonne santé ; neuf mois avant son entrée à l'hôpital, il commença à éprouver de la difficulté dans la déglutition ; cette gêne augmenta peu à peu et devint telle qu'il fut obligé de réclamer les secours de la médecine. Examiné le 12 juillet, il accusait une dysphagie qu'il rapportait à la partie moyenne du sternum ; l'effort pour avaler était suivi de douleur dans ce point, et de vomissement ; les liquides passaient facilement. Il y avait de la constipation ; la poitrine résonnait bien partout ; la respiration était parfaitement naturelle. Le calomel et une mixture purgative procurèrent des selles. Une légère toux qu'il avait au moment de son entrée, disparut entièrement au bout de sept jours. Le malade n'accusa jamais aucun autre symptôme que sa dysphagie. Il mourut subitement, dans la soirée du septième jour qui suivit son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — On trouva une tumeur anévrysmale qui correspondait à la cinquième et à la sixième vertèbres dorsales ; cette tumeur avait à peu près le volume d'une orange et avait crevé dans la plèvre droite. Elle avait légèrement refoulé l'œsophage qui formait une concavité du côté de l'anévrysme.

Voici un cas où, si l'on s'en rapportait aux symptômes dits généraux, il ne s'en présenterait qu'un qui pût faire soupçonner la maladie. Il suffit, toutefois pour nous engager à rechercher les signes physiques de l'anévrysme avec un soin particulier, toutes les fois qu'il existe une dysphagie de longue durée.

Après quelques considérations intéressantes sur les difficultés qui entourent le diagnostic des anévrysmes situés à une certaine distance au-dessous de la crosse de l'aorte, le docteur Greene résume ainsi les symptômes tant fonctionnels que physiques qui, suivant lui, décèlent un anévrysme de la crosse de l'aorte :

1.° Une impulsion circonscrite, et diminuant d'intensité à mesure qu'on éloigne le stéthoscope du point qui correspond à la tumeur présumée. Ce signe a plus de valeur s'il a lieu à droite de la colonne vertébrale, région dans laquelle, à l'état normal, aucune impulsion ne devrait être perçue.

2.° Un bruit de soufflet ou de rape, au niveau de la tumeur présumée, non appréciable dans tout autre point du trajet de l'aorte, ni dans le cœur. Il est nécessaire de ne jamais négliger d'ausculter le cœur; en effet, j'ai observé dernièrement à l'hôpital de Whitworth, un malade nommé William Connor, chez qui le second bruit du cœur est accompagné d'un fort bruit de râpe; ce bruit s'entend en arrière le long de la colonne vertébrale dans l'étendue du trajet de l'aorte. On l'entend également dans les artères carotides et brachiales, jusqu'au coude. Ces artères présentent en même temps un double bruit.

3.° La douleur produite quand on presse sur la colonne vertébrale au niveau du lieu où l'impulsion est perçue.

4.° La douleur perçue par le malade dans les inspirations profondes, rapportée par lui à une portion du poumon voisine du lieu au niveau duquel on perçoit l'impulsion.

5.° La dysphagie rapportée à quelque point situé au-dessous du tiers moyen du sternum, ou bien presque au niveau de l'impulsion.

On peut prendre d'ailleurs en considération, pourvu que les symptômes ci-dessus énumérés soient bien caractérisés, certaines circonstances qui permettent de juger de la position de la tumeur anévrysmale, comme : l'absence de toux croupale, de différence dans le mode de pulsation des deux artères radiales, d'engourdissement et d'œdème des membres supérieurs.

REVUE GÉNÉRALE.

Pathologie.

Coloration particulière de l'iris commune a tous les membres d'une même famille; *par le docteur Osborne.* — John Murphy, âgé de 52 ans, entra à l'hôpital de Sir Patrick Dun, pour une inflammation chronique de l'articulation coxo-fémorale droite. Je fus frappé de la coloration singulière de ses yeux : chaque iris présentait un fond jaunâtre tirant sur le brun, et un grand nombre de taches arrondies, brunes, rougeâtres, ayant une teinte sombre, et qui étaient répandues d'une manière irrégulière, mais en plus grand nombre vers l'angle interne de chaque œil. Cet homme n'a jamais eu aucune maladie des yeux. Il a eu quinze frères et cinq sœurs du même père et de la même mère, et tous ont offert la même coloration de la pupille qu'ils tenaient de leur mère nommée Murray. Cette dernière avait trois sœurs et un frère qui étaient dans le même cas, et qui le devaient également à leur mère. Cette coloration particulière de l'iris appartenait à la famille F., à tel point que, dans le pays qu'elle habite (comté de Wexford), les membres de cette famille se reconnaissent à ce signe, et tout le monde sait qu'ils communiquent cette disposition à leurs descendans.

J'ai publié, dans l'*Edinb. med. and surg. Journal*, le cas d'une famille dont les membres offraient une disposition telle de l'estomac, que chez eux le vomissement était impossible. Ces particularités de structure organique, dont les ressemblances de famille ne sont qu'une partie, doivent être la source des prédispositions morbides les plus fortes. Aussi doit-on bien plutôt expliquer les maladies héréditaires par l'analogie d'organisation, qu'en admettant un germe de maladie,

déposé et existant sous forme latente dans l'organisme, ainsi qu'on le fait généralement. (*Dublin Journal*, N.° 19).

INSUFFISANCE DES VALVULES DU CŒUR ; *par le docteur Robert Law.* — Timothy Loughlin, âgé de 38 ans, ouvrier, entra à l'hôpital le 24 septembre. Il avait été pendant long-temps exposé aux vicissitudes atmosphériques. Depuis un mois, il sentait sa respiration plus courte qu'à l'ordinaire ; cependant il avait continué ses travaux. Cinq jours avant son entrée, l'oppression devint telle qu'il fut obligé d'implorer les secours de la médecine.

Il présenta les symptômes suivans : matité très-marquée à la région précordiale, et très-étendue, soit transversalement, soit de haut en bas ; impulsion du cœur très-forte, surtout du côté gauche ; bruit de soufflet coïncidant avec les deux bruits du cœur, qui d'ailleurs semblaient en quelque sorte continus, et offraient à peine un intervalle appréciable ; le bruit de soufflet accompagnait ce double bruit confondu en un seul, dans toute sa durée ; de loin en loin ce double bruit semblait être interrompu brusquement, avant son entière terminaison, par le renouvellement de l'action du cœur ; le pouls était à 84, plein, fort, vibrant (dicrote), et semblait succéder à la partie du bruit prolongé du cœur, que l'on pouvait considérer comme correspondant au premier bruit de cet organe ; les pulsations des artères, dans les régions supérieures du corps, et même des radiales, étaient manifestement appréciables à l'œil ; toux dure, sèche, forte ; respiration facile à entendre, excepté à la région précordiale, où elle était masquée par les bruits du cœur, et dans la partie inférieure et postérieure du côté droit de la poitrine, où elle était très-faible et où le son était mat. Dans le décubitus sur le côté gauche, le malade éprouvait des palpitations, et sur le côté droit, il était pris d'une toux incommode ; la position la plus supportable était le coucher sur le dos avec les épaules élevées ; les palpitations se renouvelaient tous les soirs vers dix heures, et obligeaient le malade à rester assis pendant long-temps ; visage pâle et bouffi ; pas d'œdème des jambes, ni des pieds ; épistaxis fréquentes. (Saignée de dix onces). Le 25, la saignée avait produit beaucoup de soulagement ; bruit de soufflet dans toute l'étendue de la région précordiale, mais plus distinct vers le côté gauche. (Mixture dans laquelle entre la teinture de digitale, l'eau de laurier-cerise, et le sirop de pavot). Le 29, le malade a été assez bien pendant quelques jours, mais aujourd'hui il se plaint de palpitations extrêmement pénibles et d'augmentation de la dyspnée ; respiration très-faible en arrière à droite. (Emplâtre de belladone sur le cœur ; ajouter un grain d'émétique à la mixture).

Le malade quitta l'hôpital le 4 octobre, dans un état assez satisfaisant ; mais il rentra le 20 du même mois. Tous les symptômes s'étaient reproduits avec plus d'intensité.

Les battemens du cœur étaient si forts qu'ils agitaient tout le corps; la dyspnée était telle que le décubitus dorsal était impossible; signes stéthoscopiques *ut suprà*, mais mieux caractérisés; pouls, mêmes caractères; voix basse et étouffée; pas d'œdème aux extrémités inférieures. (Saignée de dix onces; pilules d'acétate de plomb et d'opium; mixture déjà indiquée sans émétique). Le 24, crépitation en arrière dans le poumon droit; dans le décubitus sur le côté gauche, toux et ronflement excessivement pénibles; pouls toujours vibrant, mais plus faible. (Ajouter à la mixture une solution de tartre stibié). Le 28, augmentation de la dyspnée. (Saignée de huit onces).

La maladie marcha sans offrir aucun changement digne d'être noté. Quand la dyspnée était très-forte, une saignée amenait constamment un soulagement marqué. Au bout d'un mois, on reconnut une différence dans les signes stéthoscopiques. Le bruit de soufflet était le même; mais après le deuxième bruit du cœur, il y avait un bruit musical très-distinct. Le malade rapportait toutes les douleurs qu'il éprouvait au niveau du cartilage xyphoïde; des sangsues appliquées dans ce point calmaient non-seulement la douleur locale, mais encore les autres symptômes. Toutefois, ces améliorations étaient de peu de durée. Quelquefois, les accès de dyspnée étaient assez intenses pour le forcer à quitter son lit; dans l'intervalle, il était assez bien. Il eut de fréquentes épistaxis; son visage s'altéra davantage et prit une teinte plombée.

Le 4 décembre, on reconnut une pulsation abdominale très-forte, accompagnée d'un bruit de soufflet bien marqué. Cette pulsation était entendue à la région épigastrique, derrière la partie inférieure du sternum, dans le point où le malade rapportait toutes ses douleurs. Ce battement simple et le bruit de soufflet qui l'accompagnait, étaient tout-à-fait différens de ceux qu'on percevait à la région précordiale. On crut d'abord à la possibilité d'un anévrysme de l'aorte, mais ce diagnostic ne fut donné qu'avec réserves. En effet, on ne trouvait aucune tumeur définie; la pression sur l'épine et de chaque côté, ne déterminait aucune douleur. En outre, la santé générale de Loughlin s'altérait de plus en plus, non-seulement par les progrès de sa maladie, mais encore par son séjour à l'hôpital; de sorte qu'il devint très-probable que ce phénomène était purement nerveux. (Toniques avec les antispasmodiques; amélioration du régime; respirer le grand air). Au bout de huit jours, la pulsation abdominale avait beaucoup diminué et le bruit de soufflet avait entièrement disparu.

Le malade voulut quitter l'hôpital. Il mourut environ un mois après sa sortie. L'autopsie n'en a pas été faite.

Le docteur Robert Law a fait suivre cette observation de quelques réflexions intéressantes; nous en extrairons les remarques suivantes:

Dans l'insuffisance des valvules du cœur, l'infiltration survient beaucoup plus tard que dans toute autre maladie du cœur. — Dans la même maladie, les épistaxis sont fréquentes. — Le docteur Law est d'accord, quant au traitement, avec MM. Corrigan et Guyot; cependant il a trouvé toujours la saignée extrêmement utile dans les cas de dyspnée intense. — Le séjour des hôpitaux est extrêmement nuisible aux sujets atteints de cette maladie, et donne lieu à divers troubles de l'innervation. — La durée de la maladie varie suivant la condition des sujets; dans les rangs inférieurs, où les malades n'ont de refuge que les hôpitaux, elle est très-rapide dans sa marche; chez les gens aisés, elle peut durer des années. — Il est digne de remarque que cette maladie s'observe très-rarement chez les femmes. — Dans tous les cas qui ont été observés par le docteur R. Law, ce médecin a pu s'assurer que la maladie reconnaissait pour cause l'influence du froid. (*Dublin Journal*, N.° XX).

Lésion de la valvule mitrale sans bruit morbide; *par le docteur Henderson*. — Un homme, âgé de 60 ans, qui avait présenté les symptômes d'une maladie du cœur, neuf ou dix mois avant que je l'examinasse, était dans l'état suivant, en décembre 1833 : résonnance de la poitrine très-bonne en avant, excepté à la région précordiale et à une petite distance à l'entour; en cet endroit et assez loin à gauche de la position ordinaire du cœur, le son était mat. L'impulsion du cœur était à peine perceptible à la main; mais au moyen du stéthoscope, un choc largement diffus pouvait être facilement perçu. Les bruits du cœur étaient sans mélange de frottement, de bruit de soufflet, ni d'un autre bruit morbide quelconque, et l'on pouvait à peine dire qu'ils fussent plus forts qu'à l'état normal, bien qu'on pût les entendre dans une surface plus large qu'à l'ordinaire. Les battemens du cœur étaient fréquens et irréguliers; le pouls était très-petit, mou et accéléré. En avant, le bruit respiratoire était masqué par des râles bronchiques. En arrière, la percussion donnait un son peu clair, et l'on percevait des râles bronchiques très-forts. Le tronc et les membres étaient œdématiés; le visage était tuméfié et les lèvres livides. La respiration était inégale; l'expiration se prolongeait plus que l'inspiration. Pas de toux; beaucoup de dyspnée; attitude le plus souvent horizontale. Cet homme ne tarda pas à mourir.

Autopsie. — Le péricarde renfermait cinq ou six onces de sérosité; le cœur était prodigieusement augmenté de volume. Cette augmentation était due à une considérable dilatation avec hypertrophie de l'oreillette et du ventricule gauches. Les cavités droites étaient également dilatées, mais à un moindre degré. La valvule mitrale était tellement altérée que l'ouverture auriculo-ventriculaire n'avait que quatre lignes de diamètre. Cette ouverture était arrondie et constituée par un anneau formé par la réunion des valvules passées à l'état car-

tilagineux. Il y avait un épanchement de sérosité dans la plèvre et dans le tissu des poumons.

On pourrait croire qu'un cœur aussi dilaté et hypertrophié que celui qui vient d'être décrit, devait donner lieu à des bruits plus intenses et à une impulsion plus forte que celle qu'on observa dans le cas précédent. L'absence des signes ordinaires de la dilatation et de l'hypertrophie était due sans doute à la présence de la sérosité dans le péricarde ; car j'ai vu souvent un épanchement de cette espèce, même à la quantité peu élevée de cinq ou six onces, obscurcir beaucoup les symptômes d'une hypertrophie excentrique du cœur. (*The Edin. med. and surg. Journal*, avril 1835).

Pleuro-pneumonie. Inflammation générale des membranes séreuses thoraciques. Dégénérescence des muscles cervicaux et du tissu cellulaire environnant. Altération des liquides. — Une femme de trente ans, la nommée Matterson, entra le 15 novembre 1833, dans les salles de M. le docteur Graves, au Meath-hospital. A la visite du 16, voici les principaux symptômes qu'elle présenta : douleur, sensibilité aiguë du côté droit de la poitrine ; toux assez vive, revenant par accès ; gêne considérable de la respiration ; gonflement douloureux de la partie supérieure droite du thorax, et inférieure du cou du même côté. On ne put avoir d'autres renseignemens sur son état antérieur, si ce n'est qu'elle vivait dans la misère, à laquelle l'avaient réduite les désordres et l'inconduite de son mari, dont elle recevait habituellement les plus mauvais traitemens; que, manquant le plus souvent de tout, elle était obligée, pour subvenir aux besoins de ses enfans, de faire, pendant plusieurs jours de suite, un travail forcé. L'affection dont elle se plaignait avait débuté neuf jours auparavant. La douleur et la toux s'étaient déclarées en premier lieu. C'était seulement depuis l'avant-veille que la tumeur du cou était survenue. Celle-ci était diffuse, sans changement de couleur de la peau, d'une sensibilité excessive au toucher ; causant beaucoup de douleur à la malade ; point fluctuante ; ne conservant pas, ou à peine, l'impression du doigt ; n'offrant pas de crépitation ; faisant considérablement saillie au-devant de la trachée dans les efforts de toux. L'auscultation et la percussion faisaient reconnaître les signes ordinaires de la pleuro-pneumonie droite. Il y avait surtout matité considérable de tout ce côté ; de l'expectoration mucoso-sanguinolente en petite quantité. Le pouls était faible et fréquent. Léger délire. (8 sangsues sur le point douloureux du côté ; potion pectorale). Le 17, la malade n'a pas eu de sommeil ; elle ne peut rester deux instans de suite dans la même position ; sa respiration est de plus en plus gênée et précipitée. Elle se plaint toujours de douleurs insupportables au cou. Il y a lividité de la face et des lèvres, fort délire par intervalles. Il augmente vers le soir : la malade quitte son lit et se promène dans la salle. Elle mourut presque subitement à cinq heures et demie.

Autopsie 24 heures après la mort. — La tumeur de la région cervicale avait presqu'entièrement disparu. En enlevant les tégumens, on trouva le tissu cellulaire sous-cutané épaissi, légèrement induré; ses lames, tantôt rapprochées et réunies par de la lymphe coagulée, en apparence récemment formée, tantôt séparées par de la sérosité infiltrée, et présentant çà-et-là de petites portions, des points ramollis et incomplétement suppurés. Les muscles du cou et de la région supérieure latérale de la poitrine avaient subi un changement remarquable de couleur et de consistance. Ils étaient ramollis, d'un blanc-jaunâtre, se déchirant sous le doigt, réduits presque à l'état de fibrine. Le tissu cellulaire renfermé entre les deux lames du médiastin antérieur, ressemblait à celui dont on avait observé la transformation particulière au cou. Les cavités pleurales étaient le siége d'un épanchement séro-sanguinolent abondant. Leurs membranes étaient phlogosées, parsemées, pointillées de taches rougeâtres, pourprées, de diverses grandeurs, ayant l'aspect de pétéchies. La portion de séreuse qui recouvrait le cœur, en présentait surtout en quantité. On les observait également dans la substance musculeuse de cet organe, qui se trouvait singulièrement ramolli, principalement celui du ventricule droit. Ses cavités contenaient une grande quantité de sang noir, à demi-liquide, ayant à peu près la consistance et l'aspect du goudron. La tunique interne de l'aorte et de ses premières divisions était d'une teinte rouge-foncée, plus vive, par plaques séparées. Le poumon droit était gorgé de sang noir demi-fluide, absolument semblable à celui qu'on avait trouvé dans l'intérieur du cœur.

Plusieurs personnes, que la singularité des détails de la maladie avait portées à se réunir autour du cadavre, firent l'observation que rien ne ressemblait davantage à ce que l'on remarque à l'ouverture des animaux surmenés, comme l'on dit, et qui meurent de fatigue. Deux des élèves qui avaient aidé à faire l'autopsie, furent pris, quelques heures après, d'accidens très-graves, auxquels ils faillirent même succomber, cependant ils ne s'étaient nullement aperçus qu'ils se fussent piqués. (Dowling, *quelques observations de Médecine*. Thèse. Paris, 1834, n° 323).

Kyste encéphalocyste du bassin, ouvert dans le canal intestinal et dans la vessie. — Le nommé Kurth, âgé de 40 ans, cordonnier, d'une bonne constitution, de tempérament sanguin et lymphatique, éprouva pour la première fois, en 1828, sans cause connue, de la pesanteur dans le bas-ventre, accompagnée par fois de quelques coliques; l'abdomen était un peu volumineux, et il reconnut, dans la fosse iliaque gauche, l'existence d'une tumeur de la grosseur du poing, indolente à la pression. Des bains, des douches, des frictions avec l'onguent mercuriel, furent inutilement employés pour la dissoudre, elle augmenta même de volume. Le 7 avril 1834, Kurth

entra à l'hôpital de la Charité. Depuis six jours, il avait de la fièvre, le pouls était développé, la peau chaude; il y avait de la soif, pas d'appétit. Le ventre était un peu tendu et douloureux à la pression; mais la principale douleur se faisait sentir dans l'endroit occupé par la tumeur; il n'y avait ni nausées, ni vomissemens; le ventre était libre, sans constipation. Une tumeur existait dans la fosse iliaque gauche, s'étendant jusqu'à l'hypogastre; elle était plus volumineuse que le poing, arrondie, immobile, fluctuante, un peu douloureuse à la pression, fournissant par la percussion une sensation de frémissement ou de collision de corps élastiques, mobiles, comme si on frappait sur un corps élastique. Le stéthoscope, appliqué sur la tumeur pendant qu'on la percutait, faisait entendre un bruit semblable à celui que donne un tambourin sur lequel on frappe. La tumeur était, du reste, tout-à-fait séparée du foie, dont le volume ne paraissait pas augmenté, ni renfermer aucune tumeur. Le malade fut saigné, mis à la diète et à l'usage des boissons adoucissantes. Le lendemain, 8 avril, il éprouva beaucoup de coliques, et un besoin très-pressant d'aller à la selle; il s'y présenta, et rendit, avec beaucoup de pus et de matières liquides, une très-grande quantité d'acéphalocystes déchirées, sur la nature desquelles on ne pouvait conserver aucun doute. Quelques-unes avaient dû avoir le volume d'une noix. Les coliques cessèrent, la fièvre tomba, la douleur de la tumeur diminua; celle-ci perdit beaucoup de son volume. Les jours suivans encore, le malade continua de rendre tous les jours quelques hydatides. Enfin il n'en rendit plus, et comme les douleurs avaient cessé, il demanda à sortir. Le kyste avait la moitié de son volume primitif; les pressions exercées à travers les parois abdominales ne purent jamais le vider entièrement. Pendant un mois, le malade se porta bien; mais au bout de ce temps, il rentra dans la salle avec de la fièvre, douleur et tension du ventre; la tumeur était de même volume qu'à sa sortie, douloureuse à la pression, et fournissait les mêmes signes que lors de sa première entrée. Il fut saigné de nouveau et mis au bain. Il resta dans cet état de souffrance pendant deux ou trois jours. L'émission des urines était douloureuse; il n'y avait pas de selles. Au bout de ce temps, il rendit de nouveau des hydatides par les garde-robes, et les accidens cessèrent bientôt. Il resta dans la salle pour suivre le traitement de la gale dont il était affecté depuis long-temps. Il ne rendait plus d'hydatides, mais conservait dans le bassin une tumeur dure encore, douloureuse à la pression, mais ne donnant plus lieu à la sensation de frémissement que nous avons notée, dans laquelle il sentait, disait-il, passer de l'air; lorsque le 8 juin il éprouva subitement une envie très-forte d'uriner: il essaya de vider la vessie, et il rendit une urine trouble, purulente, mêlée de gaz, tandis qu'auparavant les urines étaient très-claires. Ses urines, lais-

sées dans un verre, fournirent un dépôt purulent très-abondant. Le malade fort effrayé de rendre des gaz par l'urètre, m'en avertit aussitôt. Je le fis uriner devant moi, et je constatai la sortie de ces gaz par l'ouverture du canal urétral. Le kyste acéphalocyste devint plus douloureux que les jours précédens; on le couvrit de quinze sangsues et de cataplasmes. Les bains, les boissons adoucissantes firent cesser peu-à-peu les douleurs qui accompagnaient l'émission des urines; celles-ci devinrent moins purulentes, ne renfermèrent plus de fluides élastiques; il n'y avait plus d'hydatides dans les selles. Le malade sortit en très-bon état; le kyste formait une tumeur dure et indolente dans la fosse iliaque gauche. (Louis-Aug. Brun, *Diss. sur une espèce particulière de tumeur fistuleuse stercorale de l'ombilic, suivie de quelques observations*. Thèse. *Paris*, 1834, N.° 238).

Thérapeutique.

Amaurose produite par une cause traumatique, guérie par la strychnine, d'après la méthode endermique; *par le D.r Nicolo Norducci.* — Nicola Jucci, âgé d'environ 14 ans, revenant dans le mois de juin d'un pays voisin, tomba de cheval; l'animal effrayé lui donna un coup de pied qui porta sur le sourcil gauche, et détacha la peau de cette région; le lambeau pendait sur la joue du même côté. Appelé à l'instant même, j'arrêtai le sang, je nettoyai la plaie, je remis en place le lambeau détaché, et j'administrai en même temps les médicamens appropriés. La plaie se cicatrisa en 20 jours, et le malade se trouvait bien. Il me vint alors à l'idée d'examiner l'œil du côté de la blessure, et je vis, non sans surprise, qu'il était atteint d'amaurose, et que la pupille était tout à fait immobile. Pensant que l'amaurose était le résultat de la lésion de la troisième branche de la cinquième paire, je fis placer un petit vésicatoire au-dessus du sourcil de l'œil malade, et je fis appliquer un sixième de grain de strychnine unie avec un peu de sucre, matin et soir. Deux grains de ce médicament actif avaient été à peine employés que la pupille avait recouvré sa mobilité, et l'œil la faculté de voir d'une manière la plus parfaite. (*Il filiatre Sebezio*; juin 1835).

Gastralgie. — Un des écrivains les plus recommandables de l'époque éprouvait depuis neuf mois une douleur atroce dans la région occupée par l'estomac. Cette douleur se renouvelait tous les jours à l'heure du déjeûner; quelque nourriture qu'il prît, soit qu'il mangeât, soit qu'il ne mangeât pas, elle persistait, en s'accompagnant d'émissions de vents extrêmement pénibles, jusqu'à la fin de son dîner et après qu'il eût bu une bouteille de vin. Alors toute douleur cessait, il se trouvait parfaitement bien et fort gai toute la soirée. Il dormait en général très-bien; quelquefois, cependant il était réveillé

par les prodrômes de la douleur qui devait se déclarer dans la matinée. La nature des alimens, les changemens dans l'heure des repas, n'avaient aucune influence sur le retour de la gastralgie. Si le malade dînait à l'heure à laquelle il était accoutumé de dîner depuis fort longtemps, et s'il buvait sa bouteille de vin de Porto, il était sûr d'être tranquille pendant la fin du jour. Ce soulagement temporaire n'avait point lieu s'il avançait l'heure de son dîner. Après avoir consulté, sans succès, un grand nombre de médecins, il vivait à la campagne. Voici la prescription qui lui fut faite en dernier lieu : (décoction d'aloès, ℥ iv ; carb. de soude, ʒ j ; carb. d'ammoniaque, ℈ j ; teinture de séné et teint. de rhub. comp., *ana* ℥ ß ; vin de colchique, ʒ ij.) Prendre de cette mixture deux cuillerées, le matin, avec un peu d'eau tiède, et renouveler la dose d'heure en heure, jusqu'à effet purgatif. On lui prescrivit en outre de continuer le même régime, mais de remplacer le vin de Porto par un mélange d'eau et d'eau-de-vie. Avant que l'usage de cette mixture purgative fût commencé, une forte dose de morphine et de strychnine avait procuré une suspension momentanée de la douleur. La mixture fut prise tous les matins pendant trois semaines. A cette époque, la guérison était complète. (*Dublin Journal*, n° 19).

Obstétrique.

Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement, passage du fœtus dans la cavité abdominale, opération césarienne suivie de succès; *par le docteur Molitor, de Salem.* — Mme H. âgée de 37 ans, petite, ayant de l'embonpoint, d'apparence vive, de tempérament sanguin-nerveux, habituée à mener une vie sédentaire, avait souffert depuis l'âge de trois ans jusqu'à l'âge de 17 ans, d'une carie de la partie supérieure de la cuisse et probablement du bassin et de la colonne vertébrale; pendant ce long espace de temps, plusieurs abcès très-opiniâtres s'étaient formés aux parois abdominales. Elle avait conservé une claudication et une déformation du bassin, qui était tellement applati que le diamètre antéro-postérieur n'avait pas plus de deux pouces trois-quarts. En 1828, elle fut délivrée d'un premier enfant, avec un grand danger pour ses jours, au moyen de la crâniotomie.

En 1830, devenue enceinte pour la seconde fois, elle ne voulut pas se prêter à l'accouchement prématuré artificiel que le docteur Molitor lui proposa. Le 13 janvier 1831, parurent les premières douleurs, qui augmentèrent subitement de force et de fréquence; l'orifice de l'utérus situé postérieurement et en haut, était dilaté régulièrement. A l'aide de l'exploration on reconnut la tête du fœtus mobile dans la cavité pelvienne. Les douleurs augmentaient régulièrement; après 12 heures de douleurs continues, celles-ci cessèrent subitement. La malade éprouva une sensation comme si elle eut été blessée par un

poignard à la partie gauche du ventre; cette région perdit la rondeur qu'elle avait eu jusque là, se redressa et offrit à gauche une dureté inégale; la malade ne pouvait pas supporter l'attitude horizontale, quelques gouttes de sang s'écoulaient des parties génitales. Le toucher fut pratiqué immédiatement, on ne trouva plus la poche des eaux qui faisait saillie dans le vagin, ni la partie que présentait le fœtus, mais on trouva à la place plusieurs tumeurs molles dont on ne reconnut pas la nature, excepté une qui parut formée par une portion de placenta engagée dans l'orifice utérin. Cependant la malade ne présentant aucun symptôme alarmant, on attendit patiemment la marche ultérieure du travail de l'enfantement. Le 14 janvier, un troisième accoucheur appelé trouva la malade dans le même état, seulement il crut sentir la poche des eaux qu'il ouvrit sans qu'il en sortît rien. C'est alors que le docteur Molitor vit la malade : elle était couchée sur le côté gauche, le tronc élevé, la figure animée sans coloration extraordinaire, la peau chaude et couverte de sueur, la respiration un peu accélérée, le pouls petit et faible, de 85 à 90 pulsations; le ventre était plus petit et manifestement plus élevé que dans les derniers momens de la grossesse. Un peu au-dessus de l'ombilic et du côté droit on observait quelques saillies peu considérables que le docteur Molitor prit pour les fesses et les extrémités du fœtus; la partie gauche du ventre était plus molle, mais douloureuse à une forte pression; la malade pouvait se coucher sur les deux côtés, mais mieux sur le côté droit; le ventre se grossissait considérablement du côté où elle était couchée. Le décubitus horizontal était impossible lors même que la tête et la poitrine étaient très-élevées; à chaque mouvement qu'elle faisait elle ressentait des douleurs poignantes, brûlantes, dans le côté gauche, et en même temps, il se faisait un écoulement sanguin par la vulve et une émission involontaire d'urine. L'exploration des parties génitales, difficile et douloureuse pour la malade, à cause de l'étroitesse du bassin, donna les renseignemens suivans : les parties externes et le vagin étaient enflammés et tuméfiés, mais humides; au détroit supérieur on trouvait la substance qui avait été considérée comme une portion de placenta, descendant dans le vagin par son bord convexe, de la longueur de six pouces environ, de la grosseur d'un pouce, d'une consistance charnue, polie à ses deux faces.

A la partie moyenne du bassin étaient plusieurs parties membraneuses, lisses et élastiques que l'on reconnut bientôt pour être des anses intestinales qui furent refoulées facilement par la main poussée plus avant; la main se trouva alors dans la cavité abdominale, et, avec le doigt médian, on pouvait toucher la paroi antérieure de cette cavité, à deux pouces au-dessous de la dernière côte, mais on ne put encore découvrir aucune portion du fœtus; pendant cette exploration la malade n'accusait pas une douleur très-vive.

Dans l'intention d'explorer la déchirure de l'utérus, le docteur Molitor se dirigeant sur le corps qu'on avait considéré comme le placenta, arriva à une fente longitudinale, correspondant au côté gauche du bassin, qui se contractait sous l'influence des doigts. Il n'était pas douteux que son exploration portait sur les bords de la plaie, qui traversant inférieurement l'orifice de l'utérus, s'étendait jusqu'au fond du vagin. L'utérus était déjà en grande partie contracté et vidé de son contenu.

Le diagnostic n'était plus douteux : il y avait rupture de l'utérus. Cette déchirure avait donné passage au fœtus avec le placenta et les membranes dans la cavité abdominale. Dès le moment où l'utérus se déchira, le fœtus ne fit plus sentir aucun mouvement et il était certainement mort. L'état de la mère était assez satisfaisant et donnait quelque espérance de la conserver.

On ne pouvait penser à retirer le fœtus au travers de la déchirure, par les voies naturelles, à cause de l'étroitesse du bassin ; le docteur Molitor ne pouvait se résoudre à abandonner cette femme aux ressources de la nature, dans l'attente que le sang et les eaux épanchées dans l'abdomen seraient rejetés, et que le fœtus putréfié sortirait par le moyen d'une suppuration, ou bien que le fœtus se momifierait, ce qui arrive quelquefois dans le cas de grossesse extra-utérine primitive, mais non dans les cas semblables au présent. Il ne restait donc qu'un moyen de salut pour cette femme, l'opération césarienne, qui fut exécutée vingt-trois heures après la rupture.

Le docteur Molitor se détermina à faire l'incision sur la ligne blanche; mais avant de pratiquer celle-ci, il fit coucher la malade sur le côté gauche pendant quelque temps, afin de ramener le fœtus dans le milieu de l'abdomen ; l'incision fut dirigée depuis l'ombilic jusqu'à un pouce au-dessus de la symphyse, intéressa tous les tégumens jusqu'au péritoine qui resta intact; celui-ci fut ensuite ouvert avec précaution à la partie inférieure de la plaie, et cette ouverture fut dilatée convenablement. Ni les intestins, ni l'épiploon ne se présentèrent dans la plaie, mais il y parut une espèce de poche de couleur verte-azurée, sombre, donnant au toucher la sensation d'une membrane mince renfermant un liquide. A travers cette poche on pouvait clairement distinguer, surtout à la partie inférieure de la plaie, les parties solides du fœtus. Cette poche fut ouverte dans un étendue d'un tiers de pouce, et il en sortit environ une livre et demie d'eau amniotique de couleur verte-azurée, sans fétidité. Afin que ce liquide ne se répandît pas dans la cavité abdominale, un aide exerça une compression graduée sur les parties latérales du ventre. Lorsque ces eaux furent entièrement écoulées, on ouvrit complètement les membranes de l'œuf, et le fœtus se présenta comme dans une position du dos et de l'épaule droite, à la partie inférieure de l'incision, de sorte que le

fœtus était situé comme dans la première position du vertex, la face tournée en arrière et à droite; il ne fut pas difficile, au moyen d'une petite dilatation de la plaie, d'en faire la version et de l'extraire par les pieds. Le placenta était libre dans la cavité abdominale, et il fut extrait par la plaie en même temps que les membranes; tout cela fut fait avec la plus grande précaution, en s'opposant à l'entrée de l'air et du sang dans la cavité péritonéale, ainsi qu'à la sortie des viscères. L'hémorrhagie fut si peu abondante, qu'elle n'interrompit pas un seul instant le cours de l'opération; on n'eut pas besoin de lier un seul vaisseau.

L'incision, qui avait été pratiquée dans l'étendue de sept pouces, n'en avait plus quatre et demi, lorsque les parois du ventre furent revenues sur elles-mêmes; la plaie fut fermée aussitôt à l'aide de trois points de suture, en évitant de comprendre le péritoine. On appliqua en outre des bandelettes agglutinatives, laissant toutefois l'angle inférieur de la plaie ouvert; un bandage de corps qui avait été placé d'avance fut serré modérément et fixé sur le ventre.

Toute l'opération ne dura pas plus de cinq minutes; la femme la supporta avec courage et sans donner presqu'aucun signe de douleur. Le fœtus, du sexe féminin, était à terme et bien conformé, et pesait sept à huit livres; il était mort. Après l'opération, la malade se trouva considérablement soulagée; la respiration, d'abord difficile et accélérée, devint plus libre et plus tranquille; le pouls se releva; il cessa d'être fréquent et petit, et donna 80 battemens à la minute; la soif ardente s'appaisa, le ventre ne fut le siège d'aucune douleur, mais la malade éprouvait seulement une légère tendance au vomissement, qui céda sous l'influence d'une simple infusion de camomille avec la liqueur anodine d'Hoffmann. En conséquence, on abandonna tout à la nature, et l'on se borna à prescrire une émulsion de semence de pavot, à laquelle on devait ajouter quelques gouttes de teinture d'opium et de liqueur anodine, dans le cas où les efforts de vomissemens ou d'autres symptômes nerveux se manifesteraient; on recommanda en outre à la malade de rester couchée sur le dos.

Dans la journée, il ne survint aucun accident extraordinaire; mais dans la soirée la chaleur augmenta, le pouls devint plus fort, et la malade cessa d'être tranquille. Même état pendant la nuit, et apparition des phénomènes suivans: hoquet, efforts pour vomir, douleur du ventre et météorisme; les lochies n'étaient plus sanguines, et de l'angle inférieur de la plaie abdominale s'écoulait une sérosité sanguinolente. L'administration de la teinture thébaïque, et les fomentations de vin aromatique sur le ventre, firent disparaître les hoquets et l'envie de vomir. Les forces de la malade étaient abattues, et il n'était pas nécessaire de diriger des moyens contre l'inflammation du ventre, inflammation qui, jusqu'à un certain point, était nécessaire.

à la guérison ; il s'agissait de ranimer le système nerveux abdominal du ventre, et de favoriser les évacuations critiques. On administra une infusion de racine de valériane avec l'acétate d'ammoniaque et l'éther acétique, et toutes les trois heures un grain de calomel avec un sixième de grain d'opium ; on appliqua des fomentations aromatiques sur le ventre. La fièvre devint très-intense vers le soir, mais diminua dans la matinée. Au quatrième jour, amélioration, fièvre très-légère, lochies très-abondantes, purulentes, et de mauvaise odeur. Au septième jour de l'opération, on ôta le point inférieur de la suture, et la cicatrisation fut complète au neuvième jour. La malade commençait à dormir plus tranquillement; son ventre était plus rétréci, mou et sans douleur au toucher, excepté au côté droit. On fit suspendre tout traitement, excepté le calomel et l'opium. Le douzième jour, se présentèrent quelques phénomènes d'inflammation au foie. Le dix-septième jour de l'opération, la malade quitta le lit; les lochies s'écoulèrent pendant quatre semaines ; la plaie était parfaitement guérie la cinquième semaine, et la malade reprit ses occupations. Un mois après cette dernière époque, la menstruation se rétablit. (*Allgem. Med. Zeitung*, N.° 71, 1833).

Académie royale de Médecine.

Séance extraordinaire du 25 juillet. — M. P. Dubois lit une analyse de la troisième partie d'un travail fait à l'ocasion de la présentation de deux fœtus monstrueux par MM. Nel et Montault. Cette troisième partie doit entrer dans le prochain fascicule des mémoires de l'Académie. Le rapporteur propose d'adresser des remercîemens à MM. Nel et Montault, et d'insérer l'observation détaillée de M. Montault, avec le dessin qui l'accompagne, dans les mémoires de l'Académie; adopté. — M. Vimont dépose sur le bureau un de ses ouvrages et une collection de crânes d'hommes et d'animaux. Il fait une exposition verbale des caractères divers du crâne et du cerveau dans les diverses espèces. — M. Vallet démontre le mécanisme de son *lit de sauvetage pour les mineurs.*

Séance du 30 juillet. — M. le professeur Serre, de Montpellier, écrit à l'Académie pour lui annoncer que, depuis plusieurs mois, il emploie, avec succès, le chlorure d'argent, le chlorure d'argent et d'ammoniaque, l'oxyde d'argent et l'argent divisé, contre les maladies syphilitiques les plus anciennes et les plus graves.

Polypes du pharynx. — M. Capuron lit un rapport sur un travail de M. Lasserre, d'Agen, ayant pour objet *la ligature des polypes dont*

l'insertion est au cul-de-sac du pharynx. Il s'agit d'une jeune fille affectée d'un polype qui l'empêchait de respirer par le nez, et qui gênait la déglutitition. Pour en opérer la ligature, M. Lasserre fit construire : 1° deux demi-gaînes de fer-blanc ou d'argent, présentant une coulisse qui renferme une lame élastique de même métal ; à l'extrémité recourbée est une gouttière qu'on peut convertir en trou, et qui sert à fixer un lien pendant l'opération ; 2.° un serre-nœud, formé d'une sonde conique de semblable métal. La base, ou grosse extrémité, est formée par une rondelle percée de deux trous pour recevoir le lieu qui doit être noué sur la cloison dont ils sont séparés. L'autre extrémité n'a qu'une ouverture sans fond ou rondelle. Enfin, il faut ajouter une sonde de gomme élastique avec son mandrin en fil de fer et un lien de fil bien ciré. On assied convenablement et au grand jour la malade ; on arme la sonde de son mandrin, et on fixe à son extrémité le fil ciré, dont l'autre bout est attaché au milieu de la ligature qui traverse le serre-nœud. On dirige cette sonde dans le méat inférieur des fosses nasales ; on l'enfonce doucement jusqu'à la racine du polype, on lui fait déborder le voile du palais ; on en retire le mandrin, on en saisit l'extrémité, et on la fait sortir par la bouche ; on dégage le fil, et on fait arriver la ligature qu'il entraîne. On saisit alors avec les demi-gaînes les deux côtés de l'anse que forme cette ligature hors de la bouche ; on les porte, par cette ouverture, entre la paroi vertébrale du pharynx et la face postérieure du polype, jusqu'à l'apophyse basilaire de l'occipital. On doit embrasser ainsi la base ou le pédicule de la tumeur. On tire alors à soi les deux chefs de la ligature sortie par la narine et engagés dans le serre-nœud ; on enfonce celui-ci jusqu'à la racine du polype, en abaissant son extrémité externe, pour rapprocher le plus possible l'autre de l'apophyse basilaire. Ensuite, on serre le pédicule de la tumeur, en tirant à soi la ligature par la narine, et on dégage les demi-gaînes, auxquelles on fait lâcher prise. Enfin, on noue les deux chefs du lien par la rondelle que bouche la grosse extrémité du serre-nœud. Dans le cas cité par M. Lasserre, quand on eut serré par degrés la ligature pendant quelques jours, le polype tomba, et la malade guérit après que quelques polypes partiels eussent été arrachés par les narines. — Renvoyé au Comité de publication.

Fœtus putréfié dans l'utérus. — M. Lebreton fait un rapport sur un mémoire de M. Vassal, qui a pour titre : *Notice sur un fœtus putréfié dans l'utérus.* Une femme, âgée de 25 ans, ayant eu déjà heureusement plusieurs enfans, eut ses règles le 7 septembre 1333, mais plus séreuses et moins abondantes qu'à l'ordinaire. A dater de ce moment, malaise, frissons, amaigrissement. Règles séreuses et peu abondantes en décembre et en janvier. Le 6 février, légère chute sur le siège ; le lendemain, époque des règles, écoulement séro-san-

guinolent qui dura trois jours. La santé déclina de plus en plus. Le 1.er mars, promenade à cheval, au simple trot, et au retour, issue par la vulve d'une palette de sang; défaillance; état ataxo-adynamique; alternatives de froid glacial et de réaction fébrile. Le 5, écoulement par la vulve d'un liquide noirâtre, poisseux et d'une fétidité insupportable. Le toucher fit reconnaître l'utérus plus volumineux qu'à l'état de vacuité; mais le museau de tanche n'offrait rien de particulier, et il y avait absence de douleurs utérines. Le 7, la malade rendit par la vulve plusieurs lambeaux de membranes et une assez grande quantité d'une matière encéphaloïde et sanguinolente. Dans la nuit, elle expulsa sans efforts et sans aucune douleur utérine, une masse charnue, dont la sortie fut suivie d'une abondante perte de sang et de contractions violentes de l'utérus qui arrachaient des cris à la malade. A cinq heures du matin, face pâle, exprimant la terreur; yeux saillans et hagards; extrémités froides; pouls lent, petit, concentré; vulve énormément distendue par l'extrémité d'un caillot noir, homogène, du volume d'une tête d'adulte; vagin rempli par un placenta aussi volumineux qu'à l'époque du huitième mois d'une grossesse régulière. Le placenta n'avait subi aucune altération ni dans sa couleur, ni dans sa densité normale; mais il était dépourvu de cordon ombilical. Son extraction fut suivie d'une lipothymie accompagnée d'une teinte jaune safranée de la peau. Une légère aspersion d'eau froide sur la figure dissipa ces symptômes. La malade se rétablit graduellement. La masse charnue qui avait été rendue par la vulve était un fœtus qui paraissait âgé de trois mois, bien que la série des symptômes indiquât une grossesse de quatre mois révolus. Tous les tégumens et le tissu cellulaire sous-cutané étaient complétement dissous; les muscles étaient d'un rouge brun, mollasses et friables sous les doigts, et n'adhérant plus aux os que par leurs extrémités tendineuses. Les os des membres étaient entièrement dénudés; la face était dépourvue de ses parties molles; la fontanelle antérieure largement ouverte; le crâne vide de substance cérébrale. Le coronal, aplati, avait une direction verticale; sa partie supérieure était séparée des pariétaux; et de même que les angles antéro-supérieurs de ceux-ci, elle offrait un aspect grisâtre et desséché, comme si ces portions d'os eussent été long-temps exposées à l'action de l'air. L'abdomen était ouvert, et le tube digestif n'existait plus. — Le rapporteur pense que les symptômes qui suivirent l'époque présumée de la conception, attestent une susceptibilité morbide de l'utérus propre à favoriser l'avortement; la chute sur le siége, si elle n'a pas causé la mort du fœtus, a au moins déterminé la maladie à laquelle il a plus tard succombé. Il repousse comme erronée l'hypothèse avancée par l'auteur qui attribuait la mort du fœtus à une phlegmasie assez intense pour frapper de sphacèle la totalité du corps. Le mémoire con-

tient trop peu de détails pour permettre de savoir l'âge auquel le fœtus a cessé de vivre ; il eût fallu examiner le système osseux du fœtus. La putréfaction ne fournit aucune donnée. On a vu des femmes conserver plusieurs mois et même pendant plusieurs années, dans la matrice, le fœtus mort, ou le placenta, après l'expulsion du fœtus. La grosseur du placenta ne saurait non plus donner d'indication ; pendant les six premiers mois, il est proportionnellement plus volumineux qu'à une époque plus avancée. Quant à la conduite à tenir en pareil cas, les accoucheurs sont loin d'être d'accord. Le rapporteur pose à ce sujet les principes suivans : 1.° dans les cas ordinaires, la délivrance est une opération de la nature, qu'il ne faut pas troubler en s'y immisçant de trop bonne heure ; 2.° si la délivrance éprouve un retard extraordinaire, il faut tâcher d'en découvrir la cause et la combattre ; 3.° s'il n'y a pas d'accidens qui exigent le contraire, on peut abandonner la délivrance à la nature ; 4.° tous les accidens graves déterminés ou entretenus par la rétention de placenta ou du fœtus putréfiés dans la matrice, indiquent l'extraction, à moins que l'on ne doive les aggraver encore en cherchant à délivrer ; 5.° il faut abandonner au jugement de l'homme de l'art chaque cas particulier ; on ne saurait conseiller une conduite uniforme et des principes absolus. — M. Capuron : dans les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, le placenta étant proportionnellement beaucoup plus volumineux que le fœtus, il en résulte que, en cas d'avortement dans les premiers mois, le fœtus a plus de facilité à sortir de la matrice, et le placenta plus de tendance à y rester. Plus tard, au contraire, le fœtus sort moins facilement ; le placenta le suit plus volontiers. Ainsi, dans les premiers mois, il faut bien se garder d'ouvrir la poche des eaux, de peur de laisser le placenta emprisonné dans l'utérus ; et dans les derniers mois, au contraire, lorsque les circonstances sont d'ailleurs favorables, il est utile de percer cette poche pour faciliter la sortie de l'enfant. Il est donc à regretter que M. Vassal ait omis d'indiquer le volume proportionnel du fœtus et du placenta ; il aurait pu avec cette donnée préciser mieux l'époque où la grossesse était arrivée. — MM. Gimelle et Deneux citent des cas qui prouvent que la présence d'un fœtus mort, dans la matrice, n'est pas nécessairement suivie d'accidens. — Après une discussion, dans laquelle le rapporteur affirme que la saignée, pendant la grossesse, pratiquée à l'époque menstruelle, est une cause puissante d'avortement, opinion qui est combattue par MM. Cornac, Deneux, Double, Capuron et Baudelocque, l'Académie décide que le mémoire de M. Vassal sera déposé dans les archives, et qu'on adressera des remerciemens à l'auteur.

Séance du 4 août. — L'Académie entend la lecture d'une lettre ministérielle. Le ministre du commerce avait demandé à la Faculté

s'il était opportun d'envoyer une commission pour expérimenter certains remèdes contre le choléra du Midi. L'Académie avait répondu affirmativement; le ministre pense maintenant qu'une telle commission serait sans utilité. Il a envoyé des médecins, sans consulter l'Académie, dans les villes atteintes du fléau, pour ne pas constituer un privilège en faveur de l'Académie de Médecine.

VACCINE. — M. Husson fait, au nom de la commission de vaccine, un rapport relatif à une publication du *Moniteur*, dans laquelle il est dit que le vaccin aurait perdu de son efficacité, et qu'il serait nécessaire de le reprendre à sa source, c'est-à-dire, au pis des vaches. Or, dit M. Husson, la vaccine est absolument la même, quant à ses phénomènes et à son action anti-variolique, qu'à l'époque de son origine. — Une réclamation sera adressée au *Moniteur*, et le rapport de M. Husson sera annexé à la prochaine publication de l'Académie, sur la vaccine.

M. Bousquet fait un rapport sur une épidémie de variole.

M. Sanson fait un rapport sur un travail de M. Souberbielle, relatif à la taille hypogastrique. Ce mémoire contient cinquante observations détaillées; sur ce nombre il y a quatorze malades dont la guérison avait été inutilement tentée par d'autres chirurgiens et par d'autres procédés. Le rapporteur, connaissant d'ailleurs les intentions de l'auteur, conclut à ce que l'Académie conseille à M. Souberbielle de publier le plus promptement possible son important travail.

Séance du 11 *août*. — CHOLÉRA. — Une lettre de M. Robert, de Marseille, annonce que le choléra commence à perdre de son intensité dans cette ville. Dans les deux premiers jours de la nouvelle invasion, la mort arrivait souvent au bout de quelques heures de maladie; maintenant on observe quelques guérisons rares, annoncées par des sueurs. Une grande partie de la Provence est envahie. Il ne reste à Marseille qu'un tiers de sa population habituelle.

TRAITEMENT DES PLAIES. — M. Macartney, de Dublin, fait hommage à l'Académie, d'un travail inédit sur ce sujet. Dans ce mémoire, qui est lu par le secrétaire annuel, M. Macartney considère l'inflammation comme un des obstacles les plus puissans à la cicatrisation des plaies, et pense qu'on doit tout faire pour en prévenir le développement. Le meilleur moyen de hâter la cicatrisation d'une plaie, c'est de provoquer dans la plaie des sensations agréables, et d'écarter tout ce qui, de même que l'inflammation, peut devenir une cause de douleur. On remplit ces indications, jusqu'à un certain point, en enlevant les appareils et en nettoyant les plaies; en mettant les parties lésées à l'abri du mouvement et des frottemens, en ayant soin que les pièces de l'appareil n'exercent pas une compression trop forte, etc. Suivant M. Macartney, dans les plaies avec perte de substance, la reproductibilité, chez l'homme aussi bien que chez les animaux,

offre, quand les parties sont placées dans des conditions convenables, une énergie à laquelle on serait loin de s'attendre. Ce médecin regarde l'eau, soit à l'état liquide, soit à l'état de vapeur, comme le meilleur topique des plaies. Il a imaginé un appareil particulier pour l'application de la vapeur; il applique l'eau au moyen de la charpie anglaise, et d'une toile de coton qu'on recouvre avec une toile imperméable. La température doit varier suivant les cas. Une chaleur douce soulage à l'instant même les douleurs les plus vives, et favorise la guérison des plaies. Alors, quand l'état général de l'organisme est sain, la faculté reproductive est vraiment surprenante. La guérison a lieu sans douleur, sans inflammation, sans suppuration; la cavité de la plaie se comble graduellement et avec rapidité, non par la sécrétion d'une lymphe plastique (guérison par première intention), ni par les granulations, mais bien par une reproduction véritable des parties. Dans ces cas, la cicatrice ressemble bien plus aux tissus qu'elle remplace; elle est, par la suite, bien moins douloureuse. — Ce travail est, sur la proposition de M. Ollivier, d'Angers, renvoyé au comité de publication.

Guérison radicale de la chute de l'utérus. — M. Velpeau communique à l'Académie l'observation d'une femme âgée de cinquante ans environ, qui était atteinte d'une chute de matrice depuis fort longtemps. Il y avait aussi cystocèle refoulant la matrice en arrière. Il a opéré cette femme d'après le procédé de MM. Marshall-Hall, Irving et Ireland, mais avec les modifications suivantes : Voulant obtenir un rétrécissement considérable, il a enlevé trois lambeaux de la muqueuse du vagin, un antérieur et deux latéraux; chacun de ces lambeaux, large de dix lignes, a été pris à partir de la vulve, et a eu deux pouces et demi de long. Ordinairement, après l'enlèvement des lambeaux, on éprouve de la difficulté à faire la suture; M. Velpeau avait eu la précaution de placer les fils d'avance. L'opération n'a été suivie d'aucun accident; l'hémorrhagie a été très-modérée; la cicatrisation s'est effectuée par première intention. Quelques coliques dues à la retention des matières fécales, ont été combattues par des laxatifs. La femme est guérie depuis deux mois, et tout porte à penser que la guérison est radicale. Cette opération est peu douloureuse, peu grave, et paraît devoir rendre de véritables services. — M. Maingault objecte que, chez des femmes jeunes et susceptibles de devenir mères, cette opération doit entraîner des inconvéniens graves. — M. Velpeau répond que cette objection paraît fondée au premier aspect, mais qu'il existe des faits qui tendent à prouver que des cicatrices du vagin peuvent céder assez pour permettre la sortie du fœtus.

M. Bérard jeune présente une femme chez laquelle il a pratiqué la même opération avec un plein succès : sur trois femmes opérées par

lui, deux ont été radicalement guéries. — Le même chirurgien présente une vieille femme chez laquelle, après avoir enlevé un cancer de la lèvre, il a masqué la difformité par une opération ingénieuse; et une autre femme qui était atteinte de tic douloureux. Chez cette dernière, il a enlevé une portion longue de quatre lignes, du nerf sous-orbitaire. Il n'existe aucune déviation de la face, mais toute la joue correspondante est parfaitement privée de sensibilité. Ce fait vient à l'appui des idées de Charles Bell, et prouve que ce nerf est un nerf de la sensibilité et non un nerf moteur.

Séance du 18 *août*. — D'après une lettre de M. Robert, de Marseille, le nombre des décès attribués au choléra diminue chaque jour; cependant la maladie développe toujours la même fureur chez ceux qu'elle attaque. Le collapsus et l'agonie sont toujours peu éloignés de l'invasion.

— Dans la séance précédente, M. Gérardin avait fait un rapport au sujet d'une pétition envoyée par M. Maisonnabe à la Chambre des députés. M. Maisonnabe demandait que le gouvernement envoyât, dans un établissement orthopédique fondé récemment par lui, des enfans valétudinaires et même scrofuleux qui y recevraient l'éducation en même temps que le traitement. Cette pétition, renvoyée par la Chambre au ministre, avait été adressée par ce dernier à l'Académie. La commission proposait d'adresser au ministre une réponse favorable. Mais plusieurs membres de l'Académie avaient cru devoir présenter des objections. M. Maisonnabe écrit en ce moment à l'Académie pour bien fixer l'objet de sa pétition : l'État accorde des bourses dans les colléges destinés à l'instruction publique, à des enfans dans la personne desquels il veut récompenser les services de leurs parens. Mais par les réglemens de ces maisons, il ne peut y être admis que des enfans bien portans. Toutefois des enfans valétudinaires ou atteints de quelques maladies chroniques de l'enfance, telles que le rachitisme, les scrofules, et certaines difformités qui en sont les effets, ont encore plus besoin que les premiers de participer aux bienfaits de l'instruction; ils peuvent fort bien la recevoir dans la même maison où ils peuvent être traités. Telle est la double destination que M. Maisonnabe a donné à sa maison. Il n'a demandé au ministre ni faveur ni privilége, mais seulement l'envoi dans son établissement d'enfans dont il veut récompenser les parens sans cependant pouvoir le faire, aucun collége n'ayant la double destination de les instruire et de les traiter. — L'Académie décide qu'elle se bornera à adresser au ministre un accusé de réception avec des remerciemens.

M. Lisfranc dépose sur le bureau une tumeur fibreuse qu'il vient d'enlever, et qui siégeait sous la cicatrice résultant de l'amputation du second orteil du pied gauche.

Académie royale des Sciences.

Séance du 18 *juillet.* — EMBRYOLOGIE. — M. Flourens lit des recherches dont le but principal est d'établir le mode de continuité du fœtus avec les gaînes ou membranes enveloppantes. Ses recherches ont été faites principalement sur des fœtus de pachydermes, et en particulier sur des fœtus de cochon; elles ont été répétées ensuite et avec un résultat à-peu-près pareil sur des fœtus de ruminans et de rongeurs, et particulièrement sur de petits veaux et de petits lapins. Il résulterait de ces recherches et des préparations qu'il met sous les yeux de l'Académie, suivant M. Flourens, que dans les espèces indiquées, le cordon ombilical se continue avec le fœtus, non-seulement par ses élémens vasculaires, mais aussi par ses élémens membraneux; qu'en outre, ces élémens membraneux, qui se continuent avec les tissus propres du fœtus, sont multiples, et que chacun d'eux se continue avec un tissu différent, dernier fait qui explique les opinions si variées des auteurs relativement au point d'organisation et de structure intime de ces parties; de Harvey, qui veut que tout le cordon en masse se continue avec le fœtus; de la plupart des anatomistes qui veulent que l'amnios, que le chorion se continuent avec le derme, avec l'épiderme; de M. Mondini, qui veut que l'amnios se continue avec le derme, et le chorion avec les muscles abdominaux; de plusieurs autres qui veulent que l'amnios, que le chorion se continuent avec le péritoine, etc. — M. Flourens doit poursuivre ce sujet dans un second mémoire.

Séance du 27. — STRUCTURE INTIME DES MUSCLES. — M. Alex. Thompson adresse un résumé des principaux résultats auxquels il est arrivé sur ce sujet : 1.° aucun des muscles de l'abdomen, du périnée, du pharynx, de la vessie, ne s'arrête sur la ligne médiane. Leurs fibres non-seulement traversent cette ligne pour aller s'implanter sur les *os* du côté opposé, mais en la traversant elles s'entrelacent avec les fibres des muscles correspondans du côté opposé, en faisant avec elles une véritable trame. 2.° Il n'existe pas dans le périnée d'aponévrose, dans le sens où ce mot est pris par MM. Gerdy, Blandin et Velpeau, les lames aponévrotiques étant constituées par l'entrelacement des fibres tendineuses des muscles des deux côtés. 3.° Les muscles crémasters sont des muscles indépendans, et non un prolongement des fibres inférieures du muscle petit oblique. 4.° Les ligamens ronds de l'utérus ne sont qu'une transformation des muscles crémasters. 5.° Le *gubernaculum testis* n'est autre chose que le crémaster accompagné des vaisseaux et des nerfs propres à l'organe glanduleux. 6.° Il n'existe à la vessie qu'une seule série de fibres musculaires disposées en spirale, lesquelles s'entrecroisent en arrière et en avant, puis viennent se

fixer par les extrémités tendineuses sur les bords articulaires de la symphyse pubienne.

EMBRYOLOGIE. — M. Coste annonce que des recherches qu'il vient de terminer l'ont conduit à reconnaître que les corps singuliers désignés chez le fœtus sous le nom de *corps d'Oken*, ne sont pas, comme on le croit généralement, des organes transitoires, mais qu'ils persistent, au contraire, pour constituer l'appareil testiculaire. L'auteur dit avoir suivi tout le développement de ces organes; il doit en faire l'objet d'un mémoire spécial qui sera accompagné de dessins et de préparations anatomiques.

STRUCTURE DES OS. — M. Gerdy adresse un mémoire dans lequel il se propose de faire voir : 1.° que l'apparence fibreuse du tissu cellulaire est due à des sillons vasculaires; 2.° que ces sillons sont longitudinaux dans les os longs, rayonnés et divergens dans certains os plats; 3.° que le tissu compact est composé de canalicules vasculaires adhérens les uns aux autres, et dirigés comme les sillons qui viennent y aboutir; que le tissu spongieux des auteurs est composé d'un tissu canaliculaire, d'un tissu réticulaire et d'un tissu celluleux; 5.° que le canaliculaire loge des vaisseaux dans une foule de canalicules, à-peu-près parallèles et longitudinaux dans les os longs; 6.° que le réticulaire est formé de filets autour desquels les vaisseaux s'anastomosent; 7.° que le celluleux assez diversifié suit cependant des lois générales et que l'auteur énonce. — Commissaires, MM. de Blainville, Serres, Roux et Breschet.

M. Sédillot lit une courte indication des différens points qu'il a traités dans un mémoire sur les luxations du fémur en haut en dehors. Commissaires, MM. Serres, Roux et Breschet.

Séance du 6 août. — MAGNÉTISME ANIMAL. — M. Dupotet lit l'introduction d'un mémoire sur le magnétisme animal, qu'il définit : « la propriété qu'ont les corps organisés et vivans d'agir les uns sur les autres en vertu de lois qui ne sont pas encore bien connues. » M. Dupotet se plaint de la répugnance ou de l'indifférence que manifestent les corps savans au sujet du magnétisme, auquel on oppose constamment l'ancien rapport de l'Académie des sciences. Mais l'étude du magnétisme a fait voir, depuis Mesmer, qu'il doit être l'objet d'un nouvel examen. Cette étude est arrivée maintenant, dit M. Dupotet, à un point où les savans pourront en prendre connaissance, sans s'écarter en rien de la marche qu'ils suivent dans les sciences d'observation qui font le sujet ordinaire de leurs recherches, et je viens aujourd'hui leur proposer de les rendre témoins de quelques expériences qui me semblent de nature à entrainer les convictions. Si, poursuit M. Dupotet, les nombreux phénomènes dont j'ai été temoin et que j'ai fait naître ne m'ont point trompé, ils fournissent la preuve que notre cerveau peut, par l'intermédiaire des nerfs, disposer d'une force

physique particulière qui n'a point été appréciée, et que cette force dirigée sur un individu organisé comme nous, peut produire dans son organisation des phénomènes physiques toujours appréciables, phénomènes qui ne se manifestent que quand la cause est mise en jeu, et qui cessent aussitôt que celle-ci cesse d'agir... Les expériences que je propose de faire ne peuvent être confondues avec aucune de celles qui ont été tentées ou proposées pour arriver à prouver l'existence du magnétisme animal; elles sont entièrement différentes et m'appartiennent en propre. — Commissaires MM. Dulong, Magendie, Serres, Double et Roux.

Séance du 10 *août*. — EMBRYOLOGIE. — M. Flourens continue l'exposition de ses recherches sur ce sujet. L'auteur dans son 1er mémoire, avait fait connaitre la composition et les rapports du cordon ombilical chez les Pachydermes, les Ruminans et les Rongeurs. Les Carnassiers, comme il l'a reconnu depuis, offrent quelque chose de semblable pour tous les points essentiels, c'est-à-dire, que le chorion reste extérieur et par suite entièrement étranger au cordon ombilical; que ce cordon se compose de même, outre ses élémens vasculaires, de cinq élémens membraneux qui se continuent chacun avec un tissu distinct du fœtus, savoir : 1.° le feuillet extérieur de l'amnios avec l'épiderme; 2.° le feuillet intérieur avec le derme; 3.° le premier feuillet celluleux sous-amniotique avec le tissu cellulaire sous-cutané abdominal; 4.° le second feuillet sous-amniotique avec l'aponévrose des muscles abdominaux; 5.° enfin, le troisième feuillet avec le péritoine. Une préparation que l'auteur met sous les yeux de l'académie montre cette composition et ces rapports chez un fœtus de chien. — La structure du cordon ombilical dans le fœtus humain a cela de particulier que le chorion, qui chez les animaux des classes précédentes était resté étranger au cordon, s'y unit au contraire dans ce cas et l'accompagne en lui fournissant une double gaine; mais, par une sorte de compensation, au lieu de trois lames sous-amniotiques, on n'en trouve qu'une seule; et comme les deux lames, prolongement de celles de l'amnios, s'y rencontrent également, le cordon se trouve encore enveloppé de cinq membranes, les deux couches provenant du chorion remplaçant les deux enveloppes sous-amniotiques manquantes. — Quatre préparations présentées par l'auteur ont pour objet de montrer ce nouveau mode de composition du chorion. — Mais l'auteur annonce avoir obtenu un résultat plus important, celui de prouver que l'œuf et le fœtus tiennent essentiellement l'un à l'autre, mais que pour ces deux parties la *durée vitale* n'est point la même; de sorte qu'à une époque préfixe, ils doivent nécessairement se séparer l'un de l'autre. C'est ce que M. Flourens démontrera dans une prochaine lecture.

TEMPÉRATURE DU CORPS HUMAIN. — M. Becquerel fait connaître les résultats des recherches qu'il poursuit de concert avec M. Breschet,

sur la température des diverses parties du corps. Ses nouvelles expériences sont relatives aux différences de température produites par la maladie. Il a employé un second appareil, construit par M. Sorel, sur un principe tout différent de celui qui avait été employé pour reconnaître la température dans l'état sain. Les expérimentations ont été faites sur les sujets suivans : 1.° homme, âgé de 37 ans, atteint d'une fièvre typhoïde compliquée de bronchite ; 116 pulsations à la minute. 2.° Homme, âgé de 24 ans, entérite compliquée de bronchite, 116 pulsations. 3.° Jeune fille scrofuleuse, dans un état fébrile bien marqué. 4.° Femme de 30 ans, tumeur scrofuleuse. 5.° Femme atteinte d'un cancer au sein. 6.° Jeune homme dans un état fébrile très-prononcé. 7.° Jeune homme atteint d'une carie scrofuleuse des os du pied. 8.° Homme, âgé de 40 ans, atteint d'une hémiplégie du côté gauche, avec commencement de gangrène sénile aux membres inférieurs. 9.° Femme, âgée de 45 ans ; engourdissement et douleurs vives dans les membres inférieurs à la suite d'une paraplégie ; 84 pulsations par minute. 10.° Homme, âgé de 60 ans, atteint d'un tremblement mercuriel. 11.° Hydropisie abdominale avec affection du cœur. 12.° Homme atteint d'une variole confluente, quelques minutes avant sa mort ; 144 pulsations très-faibles. — Les conclusions sont les suivantes : 1.° l'état fébrile donne un accroissement de température qui peut aller jusqu'à 3° centigrades ; 2.° les tumeurs scrofuleuses fortement enflammées n'ont pas donné un accroissement plus considérable de température (les parties purulentes, on doit le faire remarquer, ne participent pas à cet accroissement) ; 3.° le cancer n'a rien offert de particulier, si ce n'est un léger abaissement dans toutes les parties explorées ; 4.° la paralysie n'a présenté non plus aucune différence très-sensible entre la température du membre paralysé et celle du membre sain.

Séance du 17 août. — Eaux minérales de Néris. — M. Robiquet lit des observations sur ces eaux, dont il a eu occasion de faire usage pour combattre une gastrite chronique, et une colite des plus opiniâtres. — L'auteur pense que la connaissance que nous avons des principes constituans des eaux minérales ne suffisant pas pour rendre raison des cures qu'elles produisent, on doit admettre que nos analyses sont insuffisantes et que beaucoup de corps se soustraient à nos moyens d'investigation, comme le disait Vauquelin. Pour justifier cette opinion, M. Robiquet cite cette matière glaireuse découverte assez récemment dans certaines eaux minérales. — Les eaux de Néris ont été analysées d'abord par Vauquelin, puis par M. Berthier, et plus récemment encore par M. Longchamp. Ce dernier n'a point encore publié son travail, mais nous savons déjà qu'il a reconnu dans le gaz qui se dégage spontanément de la source, de l'azote presque pur. M. Robiquet y a constaté la présence d'une proportion très-mi-

nime d'acide carbonique, il n'y a pas trouvé de traces sensibles d'hydrogène. — L'eau de la source, soumise pendant une demi-heure à une ébullition continue, lui a fourni une quantité d'air qui contenait 38 pour 100, d'oxygène. Cet air est donc plus riche en oxygène que celui qui existe dans les eaux pluviales, où la proportion d'oxygène n'excède guère 32 pour 100. — Renfermée dans des vases bien bouchés, l'eau de Néris conserve longtemps sa limpidité; elle n'y forme aucun dépôt, et ne laisse par son évaporation spontanée qu'un enduit salin, lequel, à la vérité, se noircit un peu lorsqu'on le calcine en vases clos. Lorsque cette eau est exposée au contact simultané de l'air et de la lumière, on voit alors se produire cette singulière substance qui paraît commune à toutes les eaux thermales, et à laquelle M. Longchamp a donné le nom de *barégine*. M. Robiquet a trouvé à la barégine des eaux de Néris, les mêmes caractères que M. Longchamps à celles des eaux sulfureuses. Toutefois, il ne l'a pas vue comme lui à l'état glaireux ou filamenteux et incolore dans les conduits souterrains. Ces conduits ne contiennent qu'un dépôt ocracé. C'est dans les bassins découverts où l'eau thermale est toujours courante qu'il a vu la barégine sous forme de masses spongieuses, dont les cellules sont remplies d'un gaz composé de 40 pour 100 d'oxygène, et 60 d'azote : — De l'analyse détaillée, faite par M. Robiquet, et que nous ne pouvons pas reproduire, cet habile chimiste tire les conclusions suivantes auxquelles l'a conduit l'étude des eaux de Néris :

1.° L'azote pur qui se dégage de cette source thermale n'a point été dissous préalablement, et il est simplement charrié par l'eau ;

2.° Les sources de Néris n'étant pas sulfureuses, on ne saurait attribuer l'azote qu'elles dégagent à l'air atmosphérique dépouillé de son oxygène par des sulfures ; d'où l'on peut inférer que l'azote qui se dégage des eaux sulfureuses n'est point produit par cette cause ;

3.° L'azote qui se degage spontanément des eaux de Néris, a appartenu à de l'air atmosphérique dont l'oxygène se retrouve en entier dissous dans l'eau où il est accompagné d'environ partie égale d'azote. C'est ce dernier gaz, d'après les observations de Demarty, qui retient l'oxygène en dissolution. Lorsque l'eau est sulfureuse, cette portion d'oxygène doit nécessairement servir à transformer les sulfures en sulfates ;

4.° La surabondance d'oxygène contenu dans les eaux de Néris, pourrait bien être une des causes principales de leur action sur l'économie animale ;

5.° La matière glaireuse (*barégine*) n'est point contenue en dissolution dans le même état où elle se manifeste à nos sens; mais elle résulte d'une réaction pendant laquelle l'oxygène et l'azote contenus dans l'eau thermale sont mis en liberté, et dont la plus grande partie est comme emprisonnée dans les cellules de cette barégine.

VARIÉTÉS.

Société Médico-Pratique de Paris, séante à l'hôtel du département de la Seine.

La Société avait proposé, pour sujet de prix pour 1835, la question suivante : « *Décrire l'*Iritis, *établir ses diverses espèces, faire connaître le traitement.* »

Considérant que plusieurs mémoires sont parvenus après l'époque fixée, et voulant, d'une part, ne pas repousser des travaux destinés à éclairer un point si important de la pathologie, et de l'autre, ne rien faire qui pût nuire aux droits acquis par ceux qui se sont renfermés dans le délai demandé, la Société arrête que :

1.° Un nouveau concours est ouvert sur la même question.

2.° Les mémoires envoyés trop tard pour être admis au premier le sont immédiatement pour le second.

3.° Les auteurs qui voudront concourir devront faire parvenir leurs mémoires avant le 1.er novembre 1835.

4.° Ce concours n'a rien de commun avec le premier : seulement la séance publique est remise au commencement de l'année 1836, époque où, suivant les conclusions de deux commissions différentes, conclusions soumises, bien entendu, à la discussion et au vote de la Société, il sera décerné deux médailles d'or ayant chacune la valeur de 300 francs.

Les Mémoires devront être adressés, avec les formes ordinaires, à M. le docteur Alphée Cazenave, secrétaire-général de la Société, rue Saint-Anastase, N.° 3, *très-irrévocablement* avant le 1.er novembre 1835.

Pour extrait conforme de la séance du 3 juin 1835,

Alphée Cazenave.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, OU RÉPERTOIRE GÉNÉRAL DES SCIENCES MÉDICALES, CONSIDÉRÉES SOUS LES RAPPORTS THÉORIQUE ET PRATIQUE;

Par MM. ADELON, BÉCLARD, BÉRARD, A. BÉRARD, BIETT, BLACHE, BRESCHET, CALMEIL, CAZENAVE, CHOMEL, H. CLOQUET, J. CLO-

QUET, COUTANCEAU, DALMAS, DANCE, DESORMEAUX, DEZEIMERIS, P. DUBOIS, FERRUS, GEORGET, GERDY, GUERSENT, ITARD, LAGNEAU, LANDRÉ-BEAUVAIS, LAUGIER, LITTRÉ, LOUIS, MARC, MARJOLIN, MURAT, OLLIVIER, ORFILA, OUDET, PELLETIER, PRAVAZ, RAIGE-DELORME, REYNAUD, RICHARD, ROCHOUX, ROSTAN, ROUX, RULLIER, SOUBEIRAN, TROUSSEAU, VELPEAU, VILLERMÉ. — *Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée.* Tome X.°, (DAN-DYS). A Paris, chez Béchet jeune. 1835.

Bien que ce dixième volume ait paru déjà depuis quelque temps, nous nous bornons, pour le moment, à l'annoncer. Ce volume, en effet, renferme un grand nombre d'articles du plus haut intérêt, qui exigent une lecture approfondie, et qu'on ne peut se permettre d'analyser d'une manière rapide. Plusieurs de ces articles constituent même de véritables monographies, où l'on trouve un résumé complet de tout ce que possède la science sur le sujet qui y est traité, avec le résultat des propres travaux de l'auteur. De telles productions méritent toute notre attention, et l'on ne trouvera pas étonnant que, dans la crainte d'agir avec trop de précipitation, nous voulions prendre tout notre temps pour en donner à nos lecteurs une appréciation saine et exacte.

La chirurgie a peu de part à la composition de ce volume; nous citerons toutefois les articles *Déligation* de M. A. Bérard, et *Dilatation* de M. Marjolin. En revanche, la médecine y est riche de matériaux précieux : l'article *Dysenterie* a été traité par MM. Chomel et Blache, *Delirium tremens* par M. Calmeil, *Diarrhée* par M. Dalmas, *Dothinentérie* par M. Littré, *Diabète* par M. Rochoux, *Diphthérite* par M. Trousseau, etc., etc. L'anatomie, la physiologie et la pharmacologie y figurent honorablement; on lira avec intérêt les articles *Dent*, *Diaphragme*, *Décollation*, *Digestion*, *Digitale*, etc., etc.

Nous ne devons pas cependant nous en tenir à cette sèche énumération, et, tout en nous réservant de revenir plus amplement sur les divers articles qui constituent ce volume, nous nous croyons obligés d'attirer, d'une manière toute spéciale, l'attention de nos lecteurs sur quelques-uns des articles qui nous ont le plus frappé.

L'article *Diplogénèse* a été traité par M. Ollivier, d'Angers. L'auteur admet trois groupes principaux de *diplogénèses*, 1.° par inclusion; 2.° par implantation; 3.° par juxta-position. Les caractères propres de ces trois classes sont tracés avec soin et surtout avec une saine critique. Cet article est remarquable en ce que les descriptions ont toutes été faites d'après des faits authentiques et judicieusement appréciés. De telles qualités, toujours précieuses, étaient surtout indispensables dans un sujet qui touche de si près aux bases fonda-

mentales de la science de l'homme, et où il est si facile de se laisser entraîner sur la pente glissante des hypothèses.

Nous avons aussi remarqué l'article *Dent*, traité par M. Oudet. Ce travail, plein d'intérêt, est assez complet et assez concis pour offrir tous les avantages d'un traité *ex professo*, sans en avoir les inconvéniens. L'auteur passe en revue avec talent, la formation, l'éruption, l'arrangement des dents, et les phénomènes subséquens à leur arrangement, qui comprennent une foule de détails curieux sur les anomalies de la dentition, la transposition des dents, etc., etc. Viennent ensuite les phénomènes morbides causés par l'éruption des dents (M. Guersent a fait la première partie de ce chapitre), les irrégularités des dents et les lésions causées par les anomalies de la dentition, les altérations et les maladies des dents (ce chapitre est tout-à-fait remarquable), les lésions des dents dans leur contiguité; enfin M. Oudet a terminé son excellent travail par des considérations intéressantes sur l'hygiène dentaire.

M. Velpeau est auteur d'un article court, mais complet et savant, sur la pathologie de la *Dure-mère*. Il a passé en revue les plaies de cette membrane, ses ulcères, son inflammation, ses ossifications, ses épanchemens, sa gangrène, et dit deux mots sur l'*absence de la dure-mère*. Les considérations sur les *tumeurs* de cette membrane forment la partie fondamentale de l'article; en effet, il y avait à traiter de leur diagnostic, de leur pronostic, de leur traitement, etc., etc.

Nous nous arrêtons ici, parce que nous devons, ainsi que nous l'avons dit en commençant, revenir avec détail sur tout ce que nous n'avons fait qu'indiquer dans cette annonce. L'obligation que nous nous sommes imposée d'étudier avec soin les matériaux qui constituent ce volume, afin de pouvoir en rendre compte d'une manière convenable, sera amplement justifiée par tout ce que nous aurons à faire ressortir dans notre analyse définitive.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne; par MM. Dezeimeris, Ollivier (*d'Angers*), *et* Raige-Delorme. *T. I.*er (*parties* 1 *et* 2). Paris, 1828, 1831.

Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne; par M. J. E. Dezeimeris, *docteur en médecine, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de Médecine de Paris, etc. T. II.* (*parties* 1 *et* 2). Paris, 1834, 1835. — Chez Béchet jeune.

Le *Dictionnaire historique de la médecine* est une des productions contemporaines qui se recommandent le plus vivement à l'attention du public médical. En effet, lors de sa première apparition, les études historiques étaient peu en faveur; il constituait, en quelque

sorte, une innovation. Aussi doit-il peu aux idées régnantes, sur lesquelles, au contraire, il a exercé une influence aussi évidente que salutaire. Si, depuis quelques années, la plupart des médecins qui écrivent se sont portés avec un zèle nouveau à la recherche d'une véritable érudition, peut-on se défendre d'accorder au moins une bonne part dans cette heureuse impulsion, au seul ouvrage vraiment remarquable qui, depuis la même époque, ait paru sur la matière? Mais, avant de signaler les qualités qui distinguent cette utile publication, quelques mots me paraissent indispensables pour en donner une idée aussi exacte que possible.

L'histoire d'une science, quelle qu'elle soit, renferme plusieurs ordres d'études trop diverses et trop vastes, pour qu'on puisse les comprendre dans un cadre unique et les traiter simultanément. Et, pour appliquer, tout de suite, cette proposition générale à l'histoire de la médecine, cette histoire comprend, 1.° l'histoire des conditions qui ont favorisé ou retardé la marche de la médecine; c'est ce que M. Dezeimeris désigne sous le nom d'*histoire générale*, ou *politique* ou *extérieure;* 2.° l'histoire des hommes qui ont contribué à l'avancement de la science médicale, en tant que les circonstances de leur vie ont eu quelque influence sur le caractère de leurs travaux, ou qu'ils ont réagi eux-mêmes d'une manière plus ou moins prononcée sur leurs contemporains; et l'indication de toutes leurs productions, avec un exposé de ce qu'elles renferment d'utile et de neuf; ceci constitue la *Biographie médicale;* 3.° le tableau de la science médicale elle-même, aux époques diverses qui lui ont imprimé de grandes modifications; 4.° enfin, l'énumération systématique des ouvrages qu'il est nécessaire de connaître, pour avoir une connaissance complète de la science médicale; c'est la *Bibliographie médicale* proprement dite.

Il suffit de considérer la multitude et la variété des notions que comportent ces diverses branches de la médecine, pour admettre sans difficulté combien il est impossible de réunir ces dernières dans un seul et même plan qui les embrasserait toutes les quatre. Aussi M. Dezeimeris croit-il indispensable de leur consacrer trois ouvrages. Il annonce la publication prochaine d'une *Bibliographie médicale systématique et critique*, par ordre de matières, et une *Histoire de la science médicale et de l'art de guérir.* Tout ce qui ne peut rentrer dans le plan de ces deux ouvrages, fait l'objet du *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne.*

Une juste mesure a présidé à l'exécution des diverses parties de cet ouvrage. En général, on y trouve peu de détails sur la vie des auteurs, si ce n'est à l'égard d'un petit nombre d'hommes extrêmement remarquables, qui sortent entièrement de la ligne commune, et dont la vie n'offre pas seulement beaucoup d'intérêt, mais encore une

source féconde d'instruction. En revanche, l'énumération de tous les écrits des médecins dont les noms sont cités, a été faite avec soin, et cette énumération qui, en définitive, est la base de toute étude historique et même de toute science, occupe la plus grande partie de chaque volume. L'indication de ces ouvrages est suivie, à quelques exceptions près, de l'exposé critique de leur valeur, et de l'énoncé de ce que chacun d'eux renferme d'original ou de remarquable.

Malgré les secours que pouvaient fournir, pour cette dernière partie, les grands travaux bibliographiques publiés dans le siècle dernier, et qui sont scrupuleusement cités, notamment les précieuses bibliothèques de Haller, cependant elle suppose l'examen d'un nombre considérable d'ouvrages. Les collections que possèdent nos plus riches bibliothèques ne sauraient même suffire à un travail du genre de celui-ci; il a fallu mettre à profit les innombrables notices que renferment, sur les ouvrages de médecine publiés depuis près de deux siècles, les collections des divers journaux publiés, à partir du plus ancien de tous, le *Journal des Savans*. Ce n'est pas tout; une bibliothèque riche et bien choisie a fourni à M. Dezeimeris des renseignemens que nul autre médecin, en France, n'aurait pu réunir. Aussi a-t-il pu consigner, dans son ouvrage, l'histoire d'un grand nombre de médecins étrangers, qui ne sont point connus en France; et, non-seulement les ouvrages de ces médecins sont indiqués avec exactitude, mais encore il a fait connaître les matériaux qu'ils renferment et l'esprit dans lequel ils sont écrits, afin qu'on pût les chercher et y puiser au besoin.

Les articles dont la réunion constitue l'ensemble du *Dictionnaire historique de la médecine*, sont de deux ordres; ce sont des articles généraux, ou des articles particuliers, c'est-à-dire, consacrés à un seul médecin.

Parmi les premiers, il en existe un grand nombre qui suffiraient à eux seuls pour faire la fortune d'un tel ouvrage, par l'exactitude historique, par le style, mais surtout par la sévérité d'esprit et de doctrines qui a présidé à leur rédaction. Je ne puis m'empêcher de citer ici l'article *Chirurgie*, qui résume, dans une centaine de pages, le tableau des vicissitudes de l'art. Cet article remarquable a l'avantage de comprendre des époques pour lesquelles il n'existait point d'histoire, et de conduire le lecteur jusqu'aux temps les plus modernes. — L'article *Eclectique*, où l'auteur réduit à leur juste valeur et dans un style aussi énergique que concis, les prétentions des éclectiques anciens et modernes. — L'article *Empyrique* (*Ecole*) dans lequel l'auteur trace avec précision les caractères de cette Ecole, et en développe avec clarté et concision les doctrines. — etc., etc.

Les articles particuliers sont immensément nombreux, puisqu'ils forment, à peu de chose près, toute la substance de l'ouvrage.

Chacun de ces articles renferme une notice biographique sur le médecin auquel il est consacré, et l'énumération des ouvrages de ce médecin ; cette énumération, qui comprend le plus souvent quelques notions sur la valeur des ouvrages dont les titres sont cités, et souvent même des extraits importans, est terminé par l'indication des sources où l'auteur a puisé les nombreux renseignemens dont nous lui sommes redevables. Renfermé dans des limites étroites, je ne puis faire qu'un très-petit nombre de citations; mais elles suffiront, je l'espère, pour donner une idée exacte de la valeur du *Dictionnaire historique*.

Parmi les articles qui ont pour objet les médecins de l'antiquité, celui de *Galien* est un de ceux qui m'ont le plus frappé. On y trouve une appréciation nouvelle, plus complète que celles qu'on chercherait dans aucun autre auteur, des ouvrages et des doctrines de ce célèbre médecin. Libre de tout enthousiasme, comme de toute tendance au dénigrement, M. Dezeimeris nous fait connaître et les défauts et les qualités de cet homme, et la longue influence qu'il a exercée sur la médecine.

Les médecins du moyen âge ont donné lieu à plusieurs articles d'autant plus précieux, qu'un certain nombre des médecins de cette époque sont en général très-peu connus. Toutefois, j'aime mieux passer tout de suite aux écrivains modernes, et indiquer certains noms étrangers qui n'avaient point encore pénétré parmi nous, afin de faire voir jusqu'à quel point le Dictionnaire que je cherche à faire connaître est complet et peut être utile.

Gerard ten Haaff a vécu de 1725 à 1783; il était chirurgien de la marine de Rotterdam. Le nombre des ouvrages et des mémoires qu'il a publiés est assez considérable. On a de lui des remarques pratiques intéressantes sur divers points relatifs à l'art des accouchemens; un ouvrage sur l'opération de la cataracte; des recherches importantes sur la bile; un bon ouvrage sur la chirurgie navale, etc., etc.

Jacques van der Haar était chirurgien en chef des hôpitaux militaires de Hollande, et fut un chirurgien fort distingué. Son article biographique est suivi de la citation de plus de vingt écrits plus ou moins importans, parmi lesquels figure un des meilleurs mémoires qui aient été écrits sur les dangers de la délivrance trop hâtive.

David van Gesscher, chirurgien d'Amsterdam, a publié plusieurs ouvrages fort importans : un *Traité sur les principales tumeurs chroniques*; un *Traité sur l'amputation*, très-estimé par Richter; des préceptes pratiques relatifs aux abcès de toutes les parties du corps, etc., etc.

La bibliographie des médecins français et celle des médecins étrangers sont également soignées ; mais c'est surtout à celle des médecins allemands que M. Dezeimeris a consacré des recherches toutes spé-

ciales. Ceci est de la plus haute importance, car la langue allemande est peu cultivée par les médecins français, et les ouvrages des Allemands sont, en conséquence, moins généralement connus chez nous que ceux des Anglais et des Italiens. M. Dezeimeris, réparant autant que le cadre de son ouvrage le lui permettait, cette circonstance fâcheuse pour le progrès des sciences, fournit à ses lecteurs une foule de détails qui permettent de juger les idées renfermées dans la plupart des écrits de ces médecins. Voyez à l'article *Ferro*, l'analyse de l'ouvrage de ce médecin, intitulé : *de l'Usage du bain froid*. Voyez à l'article *Emmert*, le compte rendu de son ouvrage *sur l'Action des poisons*, et l'extrait étendu de son écrit, intitulé : *Ueber Gifte aus einem Briefe* (sur les Poisons, etc.). Dans cet extrait, que M. Dezeimeris a pris la peine de traduire de l'allemand, se trouvent relatés les résultats généraux déduits d'un nombre considérable d'expériences faites avec le plus grand soin sur l'action des poisons les plus énergiques.

Qu'il me soit permis de faire une dernière citation, car je tiens à appuyer sur des preuves ce que j'ai avancé relativement à l'exécution de cet important ouvrage. *Eichhorn*, médecin allemand distingué, a laissé plusieurs écrits plus ou moins remarquables, qui sont peu connus en France, ou même ne le sont pas du tout. En lisant l'article qui le concerne, non-seulement on prendra connaissance des titres exacts de ces divers écrits, mais encore on se fera une idée assez complète des matériaux qu'ils renferment, pour savoir quel parti on pourrait en tirer au besoin, et de quelle importance il pourrait être de les consulter.

Le *Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*, tient un des premiers rangs parmi les productions médicales contemporaines, et il paraît destiné à réchauffer parmi nous le goût des études historiques, études sans l'appui desquelles notre science ne peut marcher qu'à l'aventure et en chancelant. G. Richelot.

Du rétrécissement de l'aorte, du diagnostic et du traitement de cette maladie, suivi d'un cas de guérison d'anévrysme du cœur ; par le docteur A. Legrand. Paris, 1834.

La lésion anatomique était la suivante : Immédiatement au-dessus de l'insertion de l'artère sous-clavière gauche, au point où l'aorte, après s'être recourbée, devient descendante, existait un léger étranglement, suivi d'un renflement bien marqué qui décroissait rapidement sur toute la circonférence de l'artère, pour offrir, huit lignes plus bas, un étranglement beaucoup plus considérable que le premier, et serrant régulièrement l'artère comme si elle était prise dans

un nœud circulaire. Après cet étranglement, l'artère se développait assez, mais restait cependant un peu au-dessous du volume qu'elle présente ordinairement. A l'intérieur de l'étranglement, la cavité du vaisseau était coupée par une cloison circulaire, ne laissant, pour le passage du sang, qu'une ouverture centrale, arrondie, d'une ligne et demie de diamètre.

Cette observation est rendue précieuse par le soin avec lequel les symptômes de la maladie sont décrits, par les détails dans lesquels l'auteur est entré au sujet des circonstances antécédentes de la vie du malade, par les efforts que fait le docteur Legrand pour éclairer le diagnostic d'une affection aussi grave. Sous le rapport du traitement, cette observation est encore pleine d'interêt; on y voit, en effet, ce médecin prolonger par ses soins éclairés, les jours d'un homme qui semblait voué à une mort prompte. Parmi les moyens thérapeutiques qui ont rendu le plus de service dans ce cas, nous signalerons le lait, auquel M. Legrand eut recours d'après M. Chrestien, de Montpellier (*De l'utilité du lait administré comme remède et comme aliment dans le traitement de l'hydropisie ascite.* Archives gén. Décembre 1831.) Chez le malade de M. Legrand, l'usage du lait sembla dissiper l'ascite et l'œdème général, qui menaçaient ses jours, en provoquant une diurèse abondante. A cette occasion, M. Legrand cite deux cas qui lui sont propres, et un troisième qui lui a été communiqué par M. Kapeler, et dans lesquels l'emploi du lait a eu des résultats tout ausssi favorables.

A la suite de son importante observation, M. Legrand en a rassemblé cinq autres qui ont avec elle de l'analogie, mais qui, pour la plupart, sont trop dénuées de détails pour être utiles sous le point de vue du diagnostic.

Quant à l'observation d'*anévrysme du cœur suivi de guérison*, nous ne croyons pas qu'elle soit à l'abri de toute objection. L'exaltation nerveuse de la malade, exaspérée presque constamment par les émissions sanguines, cette circonstance qu'elle était à son âge critique, l'action des divers moyens thérapeutiques employés, etc., nous portent à penser que l'hypertrophie présumée du ventricule droit n'était qu'apparente, et que les palpitations étaient l'effet d'un trouble fonctionnel, mais non d'une lésion organique du cœur. Ce qui nous fortifie d'ailleurs dans cette opinion, c'est que ni les symptômes locaux, ni les symptômes généraux ne nous paraissent suffisamment caractérisés. G. R.

Practical Observations on Midwifery, with a selection of cases, by JOHN RAMSBOTHAM. Part. II. Londres, 1832. In-8.°, 707 pp.

La première partie de ces *observations pratiques* parut en 1821, et fut favorablement accueillie, non-seulement en Angleterre, mais encore sur le continent et en Amérique. Dans cette seconde partie, l'auteur a suivi le même plan, c'est-à-dire, qu'à chaque division de son sujet, il fait suivre la discussion générale d'un nombre plus ou moins grand de faits pratiques qui pourront presque toujours servir de guide aux accoucheurs. L'auteur s'occupe d'abord des accouchemens contre nature, et principalement des présentations par les fesses, dont il rapporte plusieurs faits intéressans, puis de la présentation de l'épaule. Ici on peut reprocher à M. Ramsbotham de n'accorder aucune confiance aux moyens préparatoires dans les cas où la matrice est tellement contractée sur le fœtus que l'introduction de la main est impossible, et de conseiller de recourir immédiatement, soit à la détroncation, soit à la céphalotomie. Cependant la science possède un grand nombre de faits où l'homme de l'art est parvenu à surmonter, avec un plein succès, cet obstacle par la saignée, les injections émollientes et narcotiques, et surtout les préparations de belladone, et sans citer ici, en faveur de ces moyens, la pratique de nos accoucheurs français, nous renverrons l'auteur aux ouvrages de Denman, Burns, Merriman et Hamilton.

Dans une autre section, M. R. parle des hémorrhagies utérines qu'il divise seulement en deux espèces, l'une *active* et l'autre *passive*. La première résulte de la *rupture* des vaisseaux capillaires sanguins par suite de l'action augmentée du cœur et des artères; l'autre est due à la déchirure, à l'érosion ou à la division des vaisseaux par suite d'une violence quelconque. Il est facile de voir que cette division est loin de comprendre tous les cas d'hémorrhagies utérines que présente la pratique. En parlant des hémorrhagies qui tiennent à l'implantation du placenta sur le col utérin et à son décollement, l'auteur propose une modification aux procédés recommandés en pareil cas par les accoucheurs; et, bien que ce procédé n'ait point encore reçu la sanction de l'expérience, nous croyons cependant devoir le faire connaître. « J'ai pensé, dit l'auteur (pag. 188), que si, dans ces cas désespérés, on pouvait, par quelque moyen, donner issue aux eaux de l'amnios, sans augmenter le décollement du placenta, on pourrait retirer quelque avantage de la contraction de la matrice sur elle-même, et peut-être voir par là l'écoulement du sang diminuer et même être suspendu. Toutefois je dois déclarer que je n'ai pas encore eu l'occasion de mettre ce procédé en usage depuis qu'il s'est présenté à mon esprit. La méthode que je propose est de perforer, avec un instrument approprié, le centre de la portion

de placenta qui se présente, et donner par là issue aux eaux de l'amnios. Alors, si l'hémorrhagie est arrêtée, on pourra, pendant quelque temps, différer la délivrance; si, au contraire, elle continue, on procédera de suite. » L'auteur termine cette section en rapportant trente-neuf cas de métrorrhagies dont dix-huit se sont terminés par la mort. Ajoutons qu'il est *bien remarquable* que sur ce nombre de faits, il n'y en a pas moins de *six* dans lesquels *le placenta fut expulsé de la matrice avant le fœtus*, et *qu'aucun* ne fut mortel.

M. R. passe ensuite à des considérations sur les convulsions qui attaquent les femmes pendant la grossesse et l'accouchement, et il émet ce précepte, qu'il regarde comme fondamental, que lorsque, dans ce cas, on a recours à la saignée, il faut pratiquer une large ouverture à la veine, de manière à ce que le sang coule par un gros jet. Selon lui, si le sang s'échappe en bavant ou par un filet mince, on ne retire que peu ou point d'effet de la saignée. Notre expérience propre semble confirmer la bonté de cette méthode; car dernièrement encore, appelé auprès d'une femme en couches, à laquelle un chirurgien avait déjà, mais sans succès, pratiqué une saignée, en faisant à la veine une très-petite ouverture, nous recourûmes au même moyen deux heures après environ, et nous eûmes la satisfaction de voir bientôt cesser les convulsions, ce que nous sommes portés à attribuer à ce que le sang s'échappa de la veine par un gros jet, et que par là nous opérâmes presque instantanément une forte déplétion. Nous noterons encore cette remarque de l'auteur, que bien des fois il a remarqué, tant dans sa pratique particulière qu'à l'hospice royal de la Maternité, que les cas de convulsions se présentaient en même temps sur un grand nombre de femmes, comme si elles avaient dû leur apparition à une *influence générale*, et cela surtout pendant les fortes chaleurs, et alors que l'atmosphère était chargée d'une grande masse d'électricité.

M. R. traite ensuite dans autant de chapitres, de l'avortement, de la rétroversion de l'utérus et des polypes utérins. Mais ces diverses sections ne contiennent rien qui ne soit déjà connu de tous les accoucheurs, et nous pourrions même dire qu'ici l'auteur n'a pas toujours tenu compte ou su profiter des connaissances précédemment acquises. En résumé, son ouvrage, riche de faits, est essentiellement pratique, et sera toujours consulté avec fruit.

FIN DU TOME VIII DE LA DEUXIÈME SÉRIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES DU TOME VIII,

DEUXIÈME SÉRIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

FIN DE LA TABLE.

Imprimerie de MIGNERET, rue du Dragon, N.° 20.

archive Génér



N. 2.

N 4

